BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. F. GUYON
Secrétaire général

ET

MM. MARC SÉE ET PAULET
Sécrétaires annuels.

TOME PREMIER

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1875

AVANT-PROPOS.

La Société de chirurgie de Paris, fondée le 23 août 1843, fit paraître ses premiers Mémoires dans les *Archives générales de médecine*. La publication de ses *Bulletins* commença en janvier 1848 ; elle a été régulièrement continuée jusqu'à ce jour et comprend vingt-cinq volumes. Dès 1847 paraissait le premier tome de ses *Mémoires* dont le septième volume vient d'être terminé.

Les travaux de la Société de chirurgie de Paris ont donc été publiés jusqu'à présent en deux séries distinctes, destinées cependant à se compléter et à marcher parallèlement ; ces deux publications sont connues sous le titre de *Bulletins* et sous celui de *Mémoires*.

Les *Bulletins* seuls ont pu fournir une publication régulière et représenter le volume que la Société s'est engagée par ses statuts a publier chaque année.

Il en est résulté que les travaux de longue haleine auxquels le *Bulletin* ne pouvait donner asile, ont souvent attendu

l'impression d'un volume de Mémoires. Ces retards étaient la conséquence de la dualité de la publication. Ils ont eu le fâcheux résultat de priver les auteurs de la légitime satisfaction de voir leurs Mémoires paraître en temps utile, et d'éloigner de la tribune de la Société des travaux que leur nature et leur importance y eussent naturellement conduits.

Le nouveau mode de publication que la Société de chirurgie de Paris entreprend aujourd'hui, aura pour effet de mettre rapidement et régulièrement à la disposition du public médical les travaux qui peuvent utilement concourir à l'étude et aux progrès de la chirurgie.

Les discussions incidentes si souvent soulevées au cours des séances et si facilement alimentées par les souvenirs et l'expérience de chacun ; les discussions approfondies que la Société maintient à son ordre du jour, servent efficacement à atteindre ce but. Mais, à ce même point de vue, personne ne saurait mettre en doute l'importance de travaux longuement médités, et la nécessité de leur donner, sans retard, place dans une publication régulière.

Ce que la Société de chirurgie ne pouvait complétement réaliser en publiant isolément ses Mémoires, elle va l'effectuer en réunissant dans une même série : les *Bulletins* et les *Mémoires*.

Ce nouveau recueil sera régulièrement périodique ; en offrant chaque mois au public médical un fascicule entièrement consacré à la science et à la pratique chirurgicale, la Société de chirurgie de Paris crée une publication qui n'existe pas actuellement en France. Nous ne possédons pas, en effet, d'organe scientifique exclusivement consacré à la chirurgie.

La fusion de nos Bulletins et de nos Mémoires permettra, aux membres de la Société et aux chirurgiens français et

étrangers qui voudront bien prendre part à nos travaux, de réunir dans un même faisceau ce qu'ils croiront devoir le mieux servir la cause de la chirurgie.

Le nouvel effort que tente aujourd'hui la Société de chirurgie de Paris, grâce aux ressources nouvelles que lui assure le legs Huguier, n'a d'autre but que de venir aussi efficacement que possible en aide à la science et à la pratique chirurgicale, de perfectionner leur étude et d'encourager leurs progrès. Comme par le passé, la Société de chirurgie est dirigée par les mêmes principes ; elle compte sur tous ceux qui veulent avec elle : « La vérité dans la science et la moralité dans l'art. »

Paris, 1er février 1875.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron H. LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. BÉRARD.
1845. — MICHON.
1846 — MONOD.
1847. — LENOIR.
1848. — ROBERT.
1849. — CULLERIER.
1850. — DEGUISE père.
1851. — DANYAU.
1852. — LARREY.
1853. — GUERSANT.
1854. — DENONVILLIERS.
1855. — HUGUIER.
1856. — GOSSELIN.
1857. — CHASSAIGNAC.
1858. — BOUVIER.
1859. — DEGUISE fils.

MM.

1860. — MARJOLIN.
1861. — LABORIE.
1862. — MOREL-LAVALLÉE.
1863. — DEPAUL.
1864. — RICHET.
1865. — BROCA.
1866. — GIRALDÈS.
1867. — FOLLIN.
1868. — LEGOUEST.
1869. — VERNEUIL.
1870. — A. GUÉRIN.
1871. — BLOT.
1872. — DOLBEAU.
1873. — TRÉLAT.
1874. — Maurice PERRIN.
1875. — LE FORT.

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859.

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER.

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collége Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 100, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

Art. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative ; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

Art. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie* ; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

Art. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande, et obtiendront le consentement de la Société ; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

Art. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

Art. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs, sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à a Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux : ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires ; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement ;

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines ; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société ;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le Ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier soumis à l'approbation du Ministre de l'instruction publique détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS.

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ART. 1er.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le compte

rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépenses; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte, et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siége de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Lecture des rapports ;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentation de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre des travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport, soit verbal, soit écrit, selon son importance et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Les ouvrages imprimés qui auront trait à la chirurgie et qui auront été offerts à la Société, pourront être l'objet d'un rapport verbal ou écrit.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner, et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur, tout rapport écrit dans le délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voies les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées; ils peuvent aussi consulter le rapport même aux archives; mais, dans aucun cas, il ne leur sera permis d'en prendre copie.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique, sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III.

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

Art. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettres dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

Art. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

Art. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter quel que soit leur nombre ; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 67 et 68 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et Dépenses.

Art. 37.

Le droit d'admission dans la Socité est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

Art. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

Art. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard, et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire, et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau, et acquittés par le trésorier sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication, et acquittés par le trésorier sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir

au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

Art. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

Art. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

Art. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863, jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

Art. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans toutes les délibérations.

Art. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le Comité de publication se compose de trois membres, qui sont élus par scrutin de liste, et à la majorité absolue, au commencement de chaque année ; ils sont rééligibles.

L'élection peut porter sur les membres du bureau.

ART. 53.

Tous les quatre mois, le Comité de publication présente : 1° la liste des manuscrits qui devront faire partie des publications ; 2° l'ordre dans lequel ces travaux seront publiés, et l'indication de ceux qui devront entrer dans le fascicule le plus prochain. Le rapporteur a de droit la parole pour la lecture de cette liste, qui est mentionnée sans discussion au procès-verbal.

ART. 54.

Tout ouvrage d'un membre de la Société qui ne serait pas compris dans la liste générale des travaux à publier sera remis à l'auteur sur sa demande.

ART. 55.

Les auteurs des travaux insérés dans les *Mémoires* reçoivent gratuitement vingt-cinq exemplaires d'un tirage à part sans remaniement. Ils pourront faire faire à leurs frais un tirage à cent exemplaires si le libraire de la Société y consent par écrit, et si le bureau confirme cette autorisation. Ils ne pourront faire réimprimer ces travaux que dix-huit mois après la mise en vente du fascicule correspondant des *Mémoires*.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés dans les *Bulletins* pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire archiviste et des

membres du Comité de publication, ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante ; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

Art. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

Art. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Séances annuelles.

Art. 66.

La séance annuelle a lieu le second mercredi de janvier. Le Comité de publication, réuni au bureau de l'année révolue, est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE IX.

Révision du règlement.

Art 67.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires nommée au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 68.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires et honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1875.

Président .... MM.	Le Fort.
Vice-président	Houel.
Secrétaire général	F. Guyon.
Secrétaires annuels	Marc Sée et Paulet.
Trésorier	Nicaise.
Archiviste	Terrier.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Boinet.
Bouley (H.).
Bouvier.
Broca.
Chassaignac.
Cloquet (J.).
Deguise.
Depaul.
Dolbeau.
Giraldès.

MM. Gosselin.
Hervez de Chégoin.
Larrey (baron).
Legouest.
Maisonneuve.
Monod.
Richet.
Ricord.
Rigaud.
Voillemier.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Blot (Hippolyte).
Cruveilhier.
Demarquay.
Desormeaux.
Desprès.
Dubrueil.
Duplay.
Forget.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guérin (Alphonse).
Guyon (Félix).
Houel.
Horteloup.
Labbé (Léon).
Lannelongue.
Ledentu.

MM. Le Fort (Léon).
Lucas-Championnière.
Magitot.
Marjolin.
Nicaise.
Panas.
Paulet.
Perrin (Maurice).
Périer.
Polaillon.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Terrier.
Tillaux.
Trélat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (D'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Bernard, à Apt (Vaucluse).
Bœkel, à Strasbourg.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine à Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Colson, à Noyon.
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.

MM. Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Drouineau, chirurgien des hôpitaux civils de la Rochelle.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Erhmann, à Mulhouse.
Erhmann (Ch.-H.), doyen honoraire de la Faculté de Strasbourg.
Faucon, à Amiens.
Fleury, chirurgien de la marine à Constantinople.
Gaujot, médecin principal de l'armée au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Houzé de l'Aulnoit, professeur à l'École de médecine de Lille.
Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
Isnard, médecin principal de l'armée en retraite.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lanelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Valenciennes.
Letenneur, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Parise, professeur à l'École de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pétrequin, à Lyon.
Philippeaux, à Lyon.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Plouviez, à Paris.

MM. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Puel, à Figeac.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, directeur du service de santé de la marine à Brest.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux (J.), inspecteur général de la marine à Paris.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Serre, à Alais.
Silbert, à Aix.
Sistach, lauréat de l'Institut à Bone (Algérie).
Soulé, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux.
Spillmann, agrégé libre du Val-de-Grâce.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Valette, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Vallet, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

---

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
24 août 1852....... — CHELIUS (père), Heidelberg.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
11 août 1875....... — FERGUSSON, Londres.
24 août 1852....... — GRIMM, Berlin.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
9 janvier 1853..... — LEBERT, Breslau.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
31 décembre 1862.. — PIROGOFF, Russie.
30 juillet 1856..... — PORTA, Pavie.
11 août 1875....... — RIZZOLI, Bologne.
31 décembre 1862.. — ROKITANSKY, Vienne.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
6 juillet 1859 ..... — STROMEYER, Hanovre.
3 janvier 1866..... — Vanzetti, Padoue.
31 décembre 1862.. — VLEMINCX, Bruxelles.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

---

8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 Novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Friburg en Brisgau.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Th. Billroth, Vienne.
6 juillet 1859...... — Blasius, Halle.
6 juillet 1859...... — Bœck (W.), Christiana.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
3 janvier 1865..... — Brown-Séquard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864.... — Bruns (Victor), Tübingen.
Mars 1867..... . — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
6 juillet 1859...... — Ciniselli, Cremone.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
11 août 1875....... — Corradi, Milan.
6 juillet 1859.... . — Crede, Leipsig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
Mars 1867...... — Deroubaix, Bruxelles.
21 Mai 1856........ — Dupierris (père), Havane.
3 janvier 1865.... — F. G. Emmert, Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
Juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
9 octobre 1853.... — Fleming, Dublin.
Juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.

13 janvier 1864.... — GAMGEE (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
3 janvier 1865.... — E. GURTL, Berlin.
19 octobre 1853.... — HAMILTON, Dublin.
29 août 1855....... — HAMMER, à Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — G. M. HUMPHRY, Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
13 janvier 1869.... — KRASSOWKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
3 janvier 1865.... — TH. LONGMORE, Netley-Southampton.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
25 mai 1853........ — MICHAUX, Louvain.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
11 août 1875 .... — G. OTIS, Washington.
8 janvier 1868 .... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
4 octobre 1848.... — PITHA, Prague.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
31 décembre 1862.. — SIMON (Gust.), Rostock.
Mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
6 juillet 1869 ..... — SOUPART, Gand.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — HENRY THOMPSON, Londres.
Mars 1867....... — WELLS (Spencer), Londres.
8 janvier 1868..... — Wilms, Berlin.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de trois prix: LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE et LE PRIX GERDY ; *les deux premiers sont annuels, le second est biennal.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet devront être indiqués ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1875 jusqu'au 1er novembre de l'année 1876 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1876.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873 est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé : que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Après un rapport du secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Écho de la presse médicale française et étrangère. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette obstétricale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratique. — Médecine contemporaine.— Moniteur thérapeutique. — Mouvement médical. — Progrès médical. — Recueil d'olpthalmologie. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — Revue scientifique de la France et de l'étranger. — Revue médicale de l'Est. — Sud médical. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Bordeaux médical. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du Nord de la France. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe — Gazette médicale de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Lyon médical. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Marseille médical. — Montpellier médical. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Centralblatt für Chirurgie. — Annales de la associacion Larrey (Mexico). — The Boston Medical and Surgical Journal.— British Medical (London). — Compte rendu de la Société de chirurgie de Moscou.— Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — L'independente (Florence). — The Practitioner (London). — Medicinische chirurgische Rundschau (Vienne). — Medicinische Wiener Wochenschrift.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 6 janvier 1875.

Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Giraud-Teulon, archiviste sortant, dépose sur le bureau les registres d'entrée et de sortie des ouvrages de la bibliothèque.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Des lettres de remerciements de MM. Chauvel, Ancelet et Hervey;

3° Un mémoire imprimé de M. le Dr Bourgogne fils, de Condé (Nord), intitulé : *Examen critique du rapport de M. le Dr* Hérard *et des discussions soulevées à l'Académie de médecine de Paris, à propos de l'identité du choléra asiatique avec certaines fièvres paludéennes pernicieuses et de l'action thérapeutique du tannate de quinine.*

4° Le tome LVII des *Medico-surgical Transactions.* — London, 1874.

5° L'observation suivante, communiquée par M. le Dr Letenneur, membre correspondant à Nantes :

Fibrôme ossifiant du maxillaire supérieur. Ablation du maxillaire et de l'os malaire.

Le jeune Valentin, Henri, âgé de 11 ans, m'a été amené de Sainte-Hermine (Vendée), pour une tumeur volumineuse occupant tout le côté gauche de la mâchoire supérieure. J'ai fait entrer cet enfant à la Clinique, salle Saint-Louis, où, après quelques jours d'observation je lui ai fait l'ablation du maxillaire malade, le 23 avril 1874.

Le début du mal remonte à trois ans. Alors, une pierre lancée avec force vint frapper Valentin au visage, au-dessous de la partie interne de l'orbite gauche et fit à la peau une blessure de peu d'étendue. L'écoulement du sang fut insignifiant, mais la douleur fut vive au moment du choc et se prolongea quelque temps. On avait oublié cet accident lorsque, dix-huit mois plus tard, c'est-à-dire dans l'automne de 1872, on s'aperçut que le côté gauche du visage augmentait de volume sans que pourtant l'enfant accusât la moindre douleur. Depuis ce moment le mal n'a cessé de faire des progrès. Notre jeune malade jouit d'une bonne santé habituelle, et le développement de sa tumeur ne paraît pas avoir eu d'influence fâcheuse sur son état général.

La physionomie offre quelque chose de hideux; la joue est fortement repoussée en avant, la commissure labiale abaissée d'un centimètre, l'aile du nez attirée en bas et en dehors est complétement aplatie ; l'œil est repoussé en haut et fait saillie hors de l'orbite. Une ligne horizontale passant par le milieu du globe de l'œil correspond au sourcil du côté opposé. L'occlusion des paupières est possible; mais la paupière supérieure s'est singulièrement amincie et est devenue transparente. Quand cette paupière est abaissée, on distingue très-bien la cornée à travers ses parois. Malgré le tiraillement et l'allongement du nerf optique la vision est conservée et à peine affaiblie. Il y a un peu d'épiphora sous l'influence du vent ou du froid. La tumeur, en avant et en dehors, est assez uniformément arrondie et d'une consistance osseuse; les parties molles glissent sur sa surface qui est lisse. Cette tumeur se prolonge, en haut, vers l'orbite dont elle remplit une partie de la cavité, ce qui cause l'exophthalmie. De même que la peau du visage, la muqueuse buccale a conservé son aspect normal; dans le cul-de-sac labio-gengival, elle est très-mobile et on la déplace facilement sur la surface osseuse.

La tumeur proémine du côté de la cavité buccale et refoule en bas la voûte palatine. En ce point, la dureté osseuse est moins caractérisée que partout ailleurs; on constate, en pressant fortement, que les tissus se laissent un peu déprimer.

L'arcade dentaire n'offre pas d'abaissement notable, mais elle est repoussée en dehors et les dents molaires sont éloignées de la ligne médiane d'un centimètre au moins de plus que celles du côté sain.

Les incisives, écartées les unes des autres, sont déviées en avant. La narine un peu rétrécie laisse cependant passer l'air assez facilement. Enfin la tumeur ne proémine pas du côté du pharynx.

L'aspect de la tumeur, sa consistance, l'absence de douleur, l'intégrité des parties molles éloignaient l'idée d'une tumeur maligne et j'hésitais entre une exostose et une production de nature difficile à préciser, développée dans l'intérieur de l'os dont elle se serait enveloppée comme d'une coque. J'avoue que j'inclinais surtout vers l'idée d'une exostose; l'événement m'a prouvé que je me trompais.

L'opération fut faite d'après le procédé que j'emploie depuis vingt ans, au moins, et qui m'a donné toujours les résultats les plus satisfaisants. J'ai eu occasion, à propos de l'ablation des polypes naso-pharyngiens, d'exposer à la Société de chirurgie les avantages de ce procédé que j'avais déjà décrit avec soin en 1856, en publiant une première opération de polype naso-pharyngien.

Laisser au visage une cicatrice aussi peu apparente que possible, et obtenir cependant une large voie pour attaquer les tumeurs des narines et du pharynx et pour enlever l'os maxillaire tout entier, tel est le mérite de ce procédé.

Une incision, partant de l'insertion du tendon de l'orbiculaire, descend vers l'aile du nez qu'elle contourne et se termine en divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Cette incision permet d'éviter tous les filets du nerf facial sauf celui qui anime le releveur de l'aile du nez.

L'aile du nez est détachée; puis un large lambeau, formé par la lèvre et la joue et comprenant le périoste à sa face interne, est relevé jusqu'au bord orbitaire. Le périoste du plancher de l'orbite est alors décollé, après quoi il est facile de passer la scie à chaine dans la fente sphéno-maxillaire et de scier l'os malaire.

Chez mon petit malade, pour atteindre plus facilement le plancher de l'orbite soulevé et déformé, j'ai dû faire une incision supplémentaire, d'un centimètre environ, commençant à l'angle supérieur de la plaie et se perdant dans les plis de la paupière inférieure.

Avant de diviser la voûte palatine osseuse sur la ligne médiane, j'ai décollé, au moyen de la spatule, toute la couche fibro-muqueuse de cette voûte, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'à la base du voile du palais, de manière à pouvoir obturer du côté de la bouche, la vaste cavité que l'ablation de l'os allait produire. J'ai donc fait une ablation sous-périostée du maxillaire supérieur.

L'opération se termina sans incident notable; cependant, un de nos confrères me faisant remarquer que la coupe de l'os malaire offrait, sur certains points, une teinte grisâtre un peu suspecte, je crus prudent d'enlever le reste de l'os, ce que je fis en le désarticulant d'avec le coronal et l'apophyse zygomatique.

Après avoir touché avec le cautère actuel quelques artérioles qui donnaient du sang, je mis de petites boulettes de charpie dans le fond de la plaie et je procédai aux sutures. Deux points fixèrent le lambeau palatin au lambeau génien; la lèvre fut réunie par la suture entortillée au moyen de trois épingles et des sutures simples avec le fil d'argent rapprochèrent les bords de la plaie à l'aile du nez et au-dessus.

Les suites de l'opération furent très-simples; la fièvre fut modérée, bien que l'état du pouls et de la température ait été noté avec soin par mon interne, je m'abstiens de reproduire ces notes qui allongeraient, sans profit, mon observation.

La déglutition fut un peu gênée pendant les premiers jours; mais le malade avala une quantité suffisante de bouillon, de potage et de vin. Il se fit, par la narine, un suintement séro-sanguinolent qui, dès le troisième jour, était devenu fétide. J'enlève avec une pince, introduite par la narine, les petites boulettes que j'avais mises au fond de la plaie, et nous faisons matin et soir des injections d'eau alcoolisée.

L'opération avait été faite le 23 ; le 27 j'enlève les épingles de la suture de la lèvre.

Le malade se lève, se promène dans la salle; il est heureux et manifeste sa joie en essayant de chanter.

Le sixième jour, le lambeau palatin se perfore dans un point où il avait été touché, par accident, par le cautère actuel. Les injections faites par la narine repassent en partie par cette petite ouverture.

Le 1er mai, je retire quelques fils d'argent de la suture de la joue ; la réunion est complète, excepté en haut dans l'angle supérieur où il existe une fente de près d'un centimètre par laquelle l'air passe en soulevant les bords de la peau.

Le 5 mai, soit par le fait de l'inflammation, soit parce que le malade mange sans précautions, le lambeau palatin a été coupé

par les sutures et pend dans la bouche. Un fil, passé dans ce lambeau, le remet en place. Ce fil, ramené par la narine, est fixé à une des sutures de l'aile du nez.

A la fin du mois la guérison avait fait de notables progrès : l'ouverture de l'angle supérieur de la plaie a diminué de moitié et paraît devoir, avant peu, se cicatriser complétement. La voûte du palais est solide, très-résistante, mais présente, en avant, un pertuis qui tend à diminuer de jour en jour.

L'œil est rentré dans l'orbite; il est placé sur la même ligne horizontale que l'œil droit et la vue n'est point affaiblie.

Le 5 juin, l'enfant désire quitter l'hôpital pour retourner dans sa famille. Avant son départ, je le fais photographier; on peut juger du résultat en comparant les épreuves obtenues alors, avec celles prises avant l'opération.

J'ai reçu au mois d'octobre des nouvelles de mon malade : la petite fistule qui existait près de l'angle interne de l'œil est cicatrisée, mais avec une dépression infundibuliforme très-marquée. L'orifice signalé à la voûte palatine existe encore mais avec de très-petites dimensions; la voix n'est pas, à proprement parler, nasonnée; cependant elle est un peu altérée, ce qui pourra être dissimulé en obturant le pertuis avec un peu de charpie.

La voûte palatine a une telle solidité qu'elle paraît soutenue par une couche osseuse de nouvelle formation. Enfin la régularité du visage laisse peu à désirer, surtout quand on songe à l'absence non-seulement de l'os maxillaire, mais encore de l'os de la pommette tout entier.

Examen de la tumeur.

La tumeur enlevée offre à peu près le volume du poing. Elle pèse 130 grammes; la circonférence, prise dans le plan vertical, est de 22 centimètres; dans le plan horizontal, de 18.

La paroi antérieure a la consistance d'une exostose; en arrière et en bas au contraire, la masse fléchit sous le doigt comme le ferait un enchondrôme.

Toute la tumeur est revêtue d'une coque osseuse réduite à de simples lamelles en arrière et en bas.

Une coupe, faite par le milieu, montre une surface grisâtre parcourue par des tractus d'un blanc opaque d'une dureté osseuse ou calcaire; quelques-uns cependant d'un aspect granuleux semblent avoir la même consistance que la trame qui les soutient.

Cette trame est formée de tissu fibreux ainsi que l'examen histologique l'a démontré. Il a été facile aussi de reconnaître que les tractus qui parcourent la tumeur dans toutes ses parties, sont formés de tissu osseux et non de matière calcaire. Ces formations

osseuses représentent en général des lignes se dirigeant de haut en bas, c'est-à-dire de l'orbite vers la base de la tumeur.

Il s'agit donc bien ici d'un fibrôme ossifié développé dans le tissu osseux du maxillaire. La production pathologique offrait du côté de la cavité orbitaire un développement assez considérable, puisque le canal sous-orbitaire était à un centimètre au-dessous du niveau supérieur de la tumeur qu'il traversait.

Les fibrômes ossifiés de la mâchoire supérieure sont fort rares, comparés aux fibrômes calcifiés. Pas plus que ces derniers, d'ailleurs, ils n'ont un caractère malin ou une disposition à la récidive.

Cette tumeur a eu pour cause bien évidente une contusion de l'os par le coup de pierre signalé dans le cours de l'observation. L'anatomie pathologique vient encore confirmer l'étiologie, puisque les tractus osseux semblent partir de la région supérieure et interne qui a été le siége de la contusion. C'est de là qu'ils rayonnent pour ainsi dire dans la masse fibreuse.

Rapports.

Rapport sur un travail de M. le docteur Dezanneau, d'Angers, intitulé : « De l'Iridectomie dans l'opération de la cataracte par extraction »,

par M. Panas, *rapporteur*.

Messieurs,

Je viens au nom d'une commission composée de MM. Giraud-Teulon, S. Duplay et Panas, rapporteur, vous rendre compte du travail que notre confrère d'Angers vous a communiqué dans la séance du 12 août 1874.

Ce travail, sans offrir rien de spécial sur la question encore controversée, concernant le meilleur mode opératoire pour l'extraction de la cataracte, emprunte une valeur réelle dans le nombre et la précision des observations recueillies par l'auteur, comme aussi dans la position scientifique de notre confrère.

Le nombre des opérations d'extraction exécutées par M. Dezanneau est en effet de 114. Toutes, sauf une, ont été pratiquées sans anesthésie préalable, et à cet égard l'auteur nous paraît être dans le vrai, lorsqu'il condamne l'anesthésie en tant que méthode générale. Pour notre compte, après avoir été partisan de la chloroformisation en pareil cas, nous l'avons abandonnée à peu près complétement et nous n'avons eu qu'à nous en applaudir, surtout depuis qu'un mode plus parfait de fixation des paupières nous a permis de nous mettre davantage à l'abri de la perte de l'humeur vitrée

occasionnée par des mouvements de clignement, que la volonté du malade est le plus souvent impuissante à empêcher.

M. Dezanneau a raison de préférer l'ophthalmostat fixe à ressort, aujourd'hui généralement employé, à tous les élévateurs et les abaisseurs d'autrefois. Seulement, cet instrument ne met pas à l'abri de la compression dangereuse que les paupières contractées peuvent exercer sur le globe oculaire à un moment donné, d'où possibilité de la procidence de l'humeur vitrée et les mécomptes qui suivent la perte tant soit peu abondante de ce liquide.

Pour nous garantir contre ces accidents, nous nous servons depuis deux années bientôt du grand ophthalmostat dit américain, que nous plaçons toujours du côté interne ou nasal, et que nous confions à un aide ; — s'en servant alors comme d'un levier, l'aide doit tenir les paupières constamment écartées de l'œil afin qu'elles ne puissent exercer de pression dangereuse sur le globe, et de cette façon on évite sûrement la perte de l'humeur vitrée.

Les muscles intrinsèques du globe n'ont, en effet, aucune action comprimante pouvant changer la forme de celui-ci, ou en chasser le contenu ; aussi, une fois les paupières rendues impuissantes, il n'y a plus rien à craindre.

Cette manière d'agir a été préconisée par Harner le premier. L'année dernière, ayant eu l'occasion de visiter la clinique ophthalmologique de Leyde, nous avons vu avec plaisir le professeur Doyers se servir de l'ophthalmostat de la même façon, et M. de Wecker ne fait pas autrement (*Annales d'oculistique*, t. LXXI, p. 114, 1874).

Nous omettrons d'indiquer de tout petits perfectionnements apportés à l'instrument, sur nos indications, par M. Raoul Mathieu, et tel qu'il est aujourd'hui l'ophthalmostat en question nous semble bien près d'être parfait.

M. Dezanneau se déclare partisan de la dilatation préalable de la pupille par l'atropine. Il pense que cette dilatation favorise aussi bien l'excision de l'iris que l'extraction du cristallin. Nous croyons pour notre part que la chose est indifférente en soi, et si l'on songe qu'après l'écoulement de l'humeur aqueuse, la pupille se resserre incontinent, quel qu'en soit le degré de dilatation préalable, on est porté à nier l'influence favorable des mydryatiques, telle qu'elle a été admise par l'auteur du mémoire. La mydryase préalable n'a réellement de valeur qu'autant qu'elle nous renseigne sur l'existence ou l'absence de synéchies et sur l'état de souplesse ou de rigidité de l'anneau pupillaire.

A part huit cas où il fit l'ancienne opération de Daviel, et vingt autres où il exécuta scrupuleusement le procédé linéaire pur, de Graefe, M. Dezanneau s'est attaché, pour tous les autres cas, au

nombre de 86, à ramener l'incision dans la périphérie du tissu cornéen, d'accord en cela avec la presque généralité des chirurgiens de nos jours.

La kératotomie est faite par lui toujours en haut. Elle intéresse le tiers de la circonférence de la cornée et doit rester partout distante du plan de l'iris d'un demi à un millimètre, pas davantage. M. Dezanneau est en outre d'avis que la section doit se terminer autant que possible par la formation d'un petit lambeau conjonctival.

Cette manière, aujourd'hui fort répandue, on pourrait dire classique, d'opérer tant en France qu'en Angleterre et en Amérique, et à laquelle M. Dezanneau n'a apporté aucun changement, nous semble comporter certaines modifications avantageuses que nous nous sommes attaché à réaliser dans le cours des trois dernières années.

Comme M. Dezanneau, nous faisons la ponction et la contreponction juste à la jonction de la portion transparente de la cornée d'avec le limbe; seulement, au lieu de chercher à empiéter par en haut jusque sous la conjonctive, de façon à tailler un petit lambeau muqueux, nous cherchons au contraire à nous en éloigner. Pour faire cela, une fois que le couteau a cheminé de bas en haut, parallèlement à l'iris, jusque près du sommet du lambeau cornéen, nous tournons graduellement le tranchant en avant et nous achevons la section de celui-ci tangentiellement en suivant autant que possible le plan d'un grand cercle. Le lambeau ainsi obtenu est quelque peu carré, à angles très-obtus et à sommet tronqué, et ressemble jusqu'à un certain point au lambeau de Wardrop, bien qu'il y ait dans les deux cas de très-grandes dissemblances, quant à l'emplacement et à la configuration générale de l'incision.

Les avantages que nous avons reconnus à cette manière de faire sont :

1° De procurer une issue facile au cristallin, et de mettre à couvert d'une perte du corps vitré qui survient le plus souvent par suite de la blessure de la zonule.

2° De permettre une coaptation parfaite du sommet tronqué du lambeau, grâce au peu de hauteur de celui-ci.

(Dans notre procédé la hauteur du lambeau mesure uniformément *trois millimètres*, aussi bien *dans son milieu* que sur les côtés).

La seule difficulté dans la confection de ce lambeau consiste à bien arrondir les angles, ce qui s'obtient en ne tournant pas brusquement la lame du couteau en avant, mais par degrés.

L'incision dite creuse, « *holl schnitt* », préconisée récemment par Jaeger (*Annales d'ocul.*, 1874), se rapproche de l'incision telle que nous venons de la décrire. Seulement le couteau creux

sur le plat, que Jaeger a voulu substituer à celui de de Graefe, nous paraît être loin de constituer un perfectionnement. Pour notre compte, nous en étant servi une seule fois, nous avons eu à regretter une panophthalmie, tandis que chez le même malade nous opérâmes avec succès quelques semaines plus tard l'œil opposé, en nous servant du couteau de de Graefe. Nous devons ajouter ici que le procédé de notre collègue M. Perrin ne s'éloigne de celui auquel nous donnons la préférence que par une situation moins périphérique de l'incision.

A part les quelques différences de détail qui précèdent, M. Dezanneau reste en somme partisan de la kératotomie franche, faite quelque peu en deçà du limbe scléro-cornéal. Il s'écarte de la sorte du procédé primitif de de Graefe, dont le moindre inconvénient est de léser le canal de Schlemm, et qui expose par trop souvent à la procidence du corps vitré.

Le second temps de l'opération, à savoir l'*excision de l'iris*, est pratiqué par M. Dezanneau sans le secours d'aide et même sans fixation préalable du globe. Cette manière de faire, bien qu'inspirée par des considérations qui ne manquent pas de justesse, est, suivant nous, passible d'une objection grave. L'opérateur condamné à beaucoup de lenteurs, se trouve forcé parfois, ainsi que l'avoue M. Dezanneau lui-même, « de saisir et d'exciser l'iris, pour ainsi dire à la volée ». Or, nous avons rencontré des opérés qui étaient absolument incapables, malgré toutes nos exhortations, de diriger leur œil dans un sens déterminé et tout particulièrement en bas.

En outre, en supposant qu'on parvienne à saisir un lambeau d'iris, il peut se faire qu'un mouvement brusque et spasmodique du globe, provoqué par la douleur, cache le champ d'opération sous la paupière supérieure, ou ce qui est pis, qu'il fasse pénétrer violemment les mords de la pince dans l'œil, ou enfin qu'il se produise un décollement de la grande circonférence de l'iris.

Pour toutes ces raisons, et tout en rendant hommage à l'habileté de notre confrère d'Angers, nous pensons que le plus prudent et le plus sûr consiste à maintenir le globe assujetti par la pince fixatrice, qu'on confie à un aide, pendant qu'on exécute soi-même l'iridectomie. Il va s'en dire qu'on recommandera tout particulièrement à l'aide de n'exercer avec la pince aucune pression, aucun tiraillement, en même temps qu'on invite le malade à porter le regard en bas, afin qu'il contrarie le moins possible la faible traction exercée sur l'œil par la pince.

Nous n'insisterons pas sur le troisième temps *kystotomie* et *expulsion* du cristallin, M. Dezanneau n'ayant rien changé au mode opératoire généralement employé. Nous le félicitons même de n'avoir pas cherché à confondre la kystotomie avec le premier temps

ou kératotomie, à l'instar de quelques chirurgiens de nos jours. Nous nous rappelons en effet avoir vu Nélaton, en 1857, opérer de la sorte, mais il faut croire que ce grand maître a dû être très-peu satisfait des résultats, puisqu'il avait fini par abandonner cette méthode, ainsi qu'il nous l'affirmait dans une conversation en 1870.

M. Gayat de Lyon s'en est montré partisan depuis, et notre collègue M. Trélat, qui a vu opérer le chirurgien de Lyon, l'a imité en partie. Seulement M. Trélat, avec sa perspicacité habituelle, n'a pas tardé à reconnaître que cette méthode expéditive d'opérer, bonne tout au plus pour des cataractes séniles dures, offrait de réels inconvénients lorsqu'on l'appliquait aux cataractes molles.

Nous ne ferons que citer la courte note qui vous a été communiquée l'année dernière par M. Galezowski et dans laquelle ce chirurgien se déclare partisan de cette façon d'agir. Disons seulement, que le procédé n'est pas aussi nouveau que pourrait le faire supposer le titre du travail, intitulé « procédé *nouveau* d'extraction de la cataracte. »

Pour notre compte, nous pourrions concevoir à la rigueur l'ouverture prématurée de la capsule alors qu'on opère par la méthode de Daviel, vu qu'on profite ainsi de la dilatation de la pupille produite par l'atropine. Mais lorsqu'on adopte le procédé d'extraction combiné à l'iridectomie, nous avouons ne plus comprendre les avantages de cette manière de faire, tandis que nous en voyons clairement tous les inconvénients.

L'iridectomie sera en effet plus régulière lorsque la chambre antérieure est vide, que lorsqu'elle se trouve encombrée mal à propos, par des couches corticales molles sous forme de détritus.

Ensuite, n'est-il pas à craindre que le cristallin embroché par le couteau ne soit ébranlé au point qu'il s'en suive la rupture de la zonule de Zinn, et la perte de l'humeur vitrée dans le plus mauvais moment, alors que la kératotomie est à peine terminée et avant qu'on ait eu le temps d'exciser l'iris. Cet accident serait tout particulièrement à craindre lorsque, par suite d'une maladie antérieure de l'œil, la résistance de la zonule se trouverait considérablement affaiblie. Il va sans dire que le danger serait plus grand si des synéchies iriennes fixaient déjà cette membrane à la cristalloïde antérieure.

Enfin, nous ne comprenons pas que lorsqu'une large discision de la capsule est considérée à juste titre comme une des conditions les plus favorables pour le résultat final de l'opération, en mettant plus à l'abri d'une cataracte membraneuse consécutive, on vienne restreindre mal à propos l'étendue de la brèche capsulaire. Pour toutes ces raisons nous aimons mieux rendre tout à fait indépen-

dant chaque temps de l'opération, convaincu que de l'exécution parfaite de chacun d'eux dépend à son tour la perfection du résultat final.

M. Dezanneau attache à juste titre une grande importance à l'exécution du quatrième temps de l'opération, autrement dit à la toilette de l'œil. Malheureusement il est des cas où, malgré les efforts les plus persévérants de l'opérateur, le nettoyage du champ pupillaire reste incomplet ; cela a surtout lieu lorsque des couches corticales molles et encore transparentes conservent leur adhérence physiologique avec les débris de la capsule. Le seul remède serait alors l'enlèvement du cristallin et de sa capsule ; mais on sait à quels dangers expose à son tour cette manière de faire, qui n'a pu prendre racine à cause de cela dans la pratique, malgré les efforts de Sperino et ceux plus récents de Pagenstecher.

Le pansement adopté par M. Dezanneau est celui dont nous nous servons tous à la différence près, qu'il se sert d'un bandeau en toile au lieu de la bande en flanelle. J'ai vu l'année dernière à Utrecht, Ghellen se servir également d'un bandeau, qui cette fois était en tricot de coton ; j'en ai même rapporté un échantillon, et pendant quelques mois je m'en suis servi à Lariboisière ; mais, je dois l'avouer, l'usage de ce bandeau m'a paru inférieur à la bande en flanelle, aussi l'ai-je abandonné pour revenir à la bande, qui n'a qu'un seul désavantage, celui de tenir trop chaud à la tête ; aussi je remplace parfois, surtout en été, la bande en flanelle par une bande étroite en vieille toile fine, comme le fait M. Dezanneau.

Notre confrère d'Angers, lorsque les choses vont bien, n'entrouvre les paupières que le quatrième ou le cinquième jour. Pour notre compte nous préférons explorer le globe, sinon le soir de l'opération, au moins dès le lendemain matin, et presque toujours il nous arrive de constater que la chambre antérieure se trouve déjà fermée par la cicatrice et remplie d'humeur aqueuse. Ceci se rattache naturellement au traitement consécutif des opérés, que M. Dezanneau néglige de signaler, et sur lequel de Graefe insiste au contraire beaucoup, en ajoutant que c'est surtout depuis qu'il a appris à bien manier le traitement consécutif à l'opération de la cataracte, qu'il est parvenu à sauver le plus d'yeux, voulant dire par là, que le procédé opératoire n'était pas tout, mais qu'il fallait porter la plus grande attention à tout phénomène morbide survenant dans l'œil opéré, afin d'y porter remède le plus promptement et le plus complètement possible. C'est ainsi que, pour notre compte, nous cherchons, grâce à des instillations d'atropine, répétées matin et soir, et cela dès le lendemain de l'opération, à prévenir et à combattre toute synéchie tendant à s'établir entre l'iris et le reste de la capsule, quelque petite qu'elle soit. Il ne faut pas, en effet, ou-

blier que l'excision de l'iris entraîne nécessairement avec elle un certain degré d'iritis traumatique, d'où exsudation plastique, donnant plus tard lieu aux plus méchantes cataractes secondaires, à celles qui sont adhérentes au cercle pupillaire et qui ne peuvent être extraites sans s'exposer parfois à produire une iridodialyse. Si, au contraire, on a soin de combattre l'iritis et de maintenir la pupille largement dilatée pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de l'œil et au retrait des restes de la capsule, on obtient finalement un champ pupillaire large, permettant plus facilement la pénétration des rayons lumineux, et dans tous les cas il devient aisé d'enlever complétement par le crochet ou les pinces la fausse cataracte, résultat bien autrement désirable et bien autrement complet que celui que fournit la discision et même l'excision en V d'une fausse membrane fortement adhérente à l'iris. Dans le même but nous prescrivons à nos malades le calomel à l'intérieur, et pour peu qu'il y ait de douleur, ou une injection vive de la conjonctive, nous employons conjointement le collyre au sulfate de zinc, ou quelques gouttes d'une solution au 1/100 de nitrate d'argent et au besoin nous faisons appliquer une ventouse Heurteloup à la tempe. Il va sans dire que s'il y a du chémosis, on fait de suite des scarifications à la conjonctive.

En un mot, à part quelques cas relativement rares où il y a manque absolu de réaction, nous considérons l'œil opéré comme un œil atteint d'inflammation (un certain degré de kératite et d'iritis traumatiques sont inévitables), et nous cherchons, surtout grâce à la belladone, à en atténuer autant que possible les effets. On a objecté, il est vrai, à l'usage du collyre atropinique, de provoquer une réaction vive de la conjonctive, peut-être même l'augmentation de la tension intra-oculaire. L'expérience est venue nous montrer heureusement qu'à la condition que la solution soit absolument neutre, il n'y a rien à craindre de semblable.

Depuis que nous en usons largement nous n'avons qu'à nous applaudir, principalement à cause de la facilité qu'on a plus tard d'extraire la cataracte secondaire, opération que nous préférons, et de beaucoup, à toutes les discisions et à toutes les iridectomies et iridotomies proposées en pareils cas.

M. Dezanneau passe en revue dans son travail tout ce qui a été dit pour ou contre l'iridectomie ; comme c'est là le fond du mémoire, nous vous demanderons la permission d'y suivre l'auteur.

Comme exécution, l'iridectomie ne laisse, dit-il, pas d'être délicate, mais il pense à juste raison qu'avec un peu d'habitude, on arrive vite à la bien exécuter, surtout si l'on ne confie pas l'excision de l'iris à un aide.

L'hémorrhagie dans la chambre antérieure ne s'est montrée à

lui que onze fois et neuf fois seulement d'une façon primitive. Encore est-il que parmi ces neuf cas il y en a trois où le sang venait non de l'iris encore intact, mais bien de la conjonctive ou du canal de Schlemm. L'auteur déclare d'ailleurs que jamais cet épanchement n'a été pour lui un obstacle à l'exécution heureuse de l'opération.

Non-seulement nous sommes à même de confirmer la manière de voir de M. Dezanneau à cet égard, mais nous ajouterons que depuis que nous évitons soigneusement de toucher à la conjonctive et à la sclérotique, grâce à la position intra-cornéale que nous donnons à notre lambeau, il ne nous arrive guère de voir plus de deux fois sur cent l'iris excisé verser assez de sang dans la chambre antérieure pour nous empêcher de continuer sans retard l'opération. Il résulte de là que les hémorrhagies abondantes qu'on signalait si souvent autrefois, provenaient moins de la blessure de l'iris que de la lésion de la conjonctive, qui, comme on sait, offre au niveau de la jonction de la cornée et de la sclérotique, une série d'arcades vasculaires anastomotiques, formant une véritable couronne chez les individus dont les yeux se trouvent injectés; les anses vasculaires empiètent même sur la circonférence de la cornée.

Pour les cas rares où la quantité de sang épanché dans la chambre antérieure est telle que toutes les manœuvres patientes faites pour l'en débarrasser, restent sans succès, et qu'on est réduit, soit à procéder à l'ouverture de la capsule, sans savoir au juste ce que l'on fait, soit à remettre l'opération pour plus tard, nous avons essayé d'aspirer le sang et même de faire des lavages d'eau distillée dans la chambre antérieure, à l'aide d'un instrument fort simple que M. Collin à bien voulu fabriquer sur nos indications. Chose digne de remarque, cette injection d'eau dans la chambre antérieure, proposée déjà par Forleuse (Velpeau, *Méd. opérat.*, t. III, p. 428), en vue de faciliter l'extraction des accompagnements de la cataracte, et par Maunoir de Genève en cas d'introduction de bulles d'air (Caron de Villard, p. 156, 216), s'est montrée à nous entièrement inoffensive.

Sur 114 opérations M. Dezanneau n'a eu à signaler que dix fois la procidence de l'humeur vitrée, dont six seulement avant l'issue du cristallin. Dans la plupart de ces cas (six sur dix) c'est une incision par trop périphérique qui en a été la cause. Depuis que l'auteur a abandonné l'opération de de Graefe pour une kératotomie moins périphérique, il n'a pas eu à observer un seul fait de perte de l'humeur vitrée dans le cas de cataracte simple.

Ceci est tout à fait conforme au résultat de notre pratique personnelle, et à cet égard notre lambeau à sommet tronqué qui s'écarte davantage de la périphérie de la cornée et ménage en haut un onglet cornéal protecteur de la zonule, met encore plus sûre-

ment à l'abri de la procidence du corps vitré que le procédé sous-conjonctival préconisé par M. Dezanneau et d'autres.

M. Dezanneau se déclare, il va sans dire, partisan enthousiaste de l'iridectomie à laquelle il attribue les qualités suivantes :

« De faciliter l'issue du cristallin ;

« De permettre un nettoyage plus complet du champ pupillaire ;

« De prévenir tout accident inflammatoire grave pouvant compromettre le sort ultérieur de l'œil, et cela malgré les mauvaises conditions individuelles tant générales que locales, au milieu desquelles il s'est trouvé obligé d'opérer parfois. »

C'est ainsi que sur ses 114 opérations faites avec le secours de l'iridectomie, l'auteur dit n'avoir jamais eu à enregistrer un seul cas de fonte purulente de l'œil, tandis qu'avec la méthode de Daviel il en a eu souvent (dans le dixième des cas environ).

Enfin l'auteur trouve que l'iridectomie, en mettant à l'abri d'accidents inflammatoires ultérieurs, doit favoriser nécessairement la réunion prompte des lèvres de la plaie cornéale, qu'il a toujours obtenue de quatre à cinq jours, sauf dans douze cas où il y a eu cicatrisation irrégulière et cystoïde, due à la situation par trop périphérique de l'incision, surtout du côté de la contre-ponction. Personne ne voudra contredire, sans doute, à l'ensemble des propositions émises à cet égard par M. Dezanneau, d'autant plus qu'elles sont conformes aux résultats fournis par l'expérience de tous, mais nous pensons que quelques réserves sont nécessaires ici.

Est-il exact, en premier lieu, d'attribuer l'innocuité dont jouit la méthode nouvelle, comparée à celle de Daviel, à l'excision seule d'un lambeau irien, et n'est-il pas évident, au contraire, que l'incision à petit lambeau de la cornée se rapprochant le plus possible du plan d'un grand cercle, par cela même qu'elle favorise la coaptation exacte des lèvres de la plaie et leur réunion par première intention, s'oppose efficacement à tout travail suppuratif profond dans l'intérieur de l'œil.

Pour notre compte, nous sommes porté à faire jouer à cette dernière condition un rôle prépondérant, preuve l'innocuité à peu près absolue dont jouissent les incisions linéaires de la cornée, alors même qu'on ne pratique pas la moindre iridectomie.

C'est même là le fait d'observation fondamental qui a servi à Travers pour instituer sa méthode d'extraction linéaire de la cataracte. Bien des fois il nous est arrivé, après avoir exécuté le procédé moderne de kératotomie, de nous passer d'iridectomie, et si les résultats ainsi obtenus ont été inférieurs au point de vue optique ou de l'acuité visuelle, il n'en est pas moins vrai que la suppuration de l'œil s'est montrée tout aussi rare que lorsque nous avions pratiqué l'iridectomie. Il n'est donc pas juste d'attribuer à cette dernière

seule ce qui revient aussi à la forme et à l'étendue de la boutonnière faite à la cornée. Déjà ce que nos prédécesseurs pratiquaient sous le nom d'opération de Daviel n'était qu'un diminutif de la grande incision de celui-ci, laquelle comprenait comme on sait plus de la moitié de la circonférence de la cornée. Ils agissaient sans doute ainsi parce qu'ils s'étaient aperçus que plus l'incision devenait petite et moins on avait à redouter la suppuration. A cet égard nous avons fait des progrès qu'il serait injuste de méconnaître, pour n'attribuer qu'à l'ablation seule d'un lambeau d'iris la supériorité des procédés nouveaux sur les anciens. Cette dernière opération offre par elle-même trop d'avantages pour que nous devions lui attribuer encore ce qui ne lui appartient pas. De ce que l'iridectomie rend de véritables services dans le traitement du glaucome aigu, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il faille considérer celle-ci comme un préservatif certain des accidents inflammatoires graves pouvant succéder à l'opération de la cataracte.

Nous profitons de cette occasion pour nous inscrire complétement en faux contre une autre hérésie d'une certaine école qui veut que les plaies sclérales ou présclérales guérissent mieux et plus vite que les plaies faites en plein tissu cornéen transparent. L'expérience de tous les siècles, d'accord en cela avec l'observation journalière, prouve le contraire, en nous montrant qu'alors qu'une plaie cornéale se ferme parfois en quelques heures, les plaies sclérales peuvent rester béantes pendant des journées et des semaines entières.

Au sujet des cataractes secondaires, M. Dezanneau conteste, et avec raison, que celles-ci soient plus fréquentes depuis l'introduction de l'iridectomie qu'elles ne l'étaient avant. Ce ne sont pas, dit-il, des exsudats plastiques qui en sont la cause, mais bien des restes du cristallin et de sa capsule ; aussi le meilleur moyen pour les éviter consiste à nettoyer le plus complétement possible le champ pupillaire de tout débris cristallinien.

L'iridectomie, en permettant de procéder plus complétement à la toilette de l'œil, constitue dès lors un moyen préventif, loin de contribuer à la formation de cataractes secondaires.

Tel est aussi notre avis, et si les cataractes secondaires se trouvent signalées plus souvent depuis l'introduction de l'iridectomie, c'est que la brèche irienne permet précisément d'en découvrir les moindres traces, surtout depuis que nous avons dans notre possession des moyens d'exploration inconnus à nos devanciers, tels que l'ophthalmoscope et l'éclairage oblique.

Nous arrivons à la partie du travail de M. Dezanneau où il expose les résultats définitifs qu'il a été à même d'obtenir chez ses opérés.

Sur 114 cas opérés par des procédés divers de kératotomie combinée à l'iridectomie, M. Dezanneau compte 88 succès complets, 17 demi-succès, 9 insuccès. Dans aucun il n'y a eu fonte purulente de l'œil.

Par succès complets M. Dezanneau entend que le malade puisse se livrer à tous les travaux nécessaires à la vie, aussi bien qu'à la lecture et à l'écriture.

Les demi-succès comprennent les individus qui peuvent se conduire, mais sont incapables de lire un livre ou un journal.

Enfin par insuccès l'auteur entend probablement les cas où le malade ne possède plus que la notion quantitative de la lumière, nous disons probablement, attendu qu'il ne s'explique pas là-dessus.

Le but de l'opération de la cataracte étant purement optique, on peut donc dire que dans la statistique de M. Dezanneau les insuccès sont aux succès dans la proportion relativement élevée de 26 contre 88, sur un total de 114, autrement dit de 22.8 insuccès pour cent.

Il est vrai de dire que, parmi ses opérés, M. Dezanneau compte trois cas où il y avait des lésions profondes de l'œil (névrite optique et choroïdite chronique), et neuf autres où il y avait des synéchies postérieures, ayant rendu l'extraction de la lentille fort laborieuse. Il est de plus à ajouter que tous n'ont pas été opérés par le procédé intra-cornéal auquel M. Dezanneau donne aujourd'hui la préférence. Ainsi huit fois le lambeau a été taillé d'après le procédé ancien ou de Daviel, et, chose digne de remarque, il y a eu précisément formation de cataracte secondaire dans la moitié des cas. Vingt fois l'opération a été faite suivant le procédé de de Graefe, que le chirurgien d'Angers avoue avoir abandonné de bonne heure par suite de la perte trop fréquente de l'humeur vitrée, par suite des enclavements de l'iris, et aussi à cause de la difficulté trop grande de l'extraction de la cataracte.

Notons en terminant que quelques-uns des résultats signalés comme incomplets par l'auteur pourront à la rigueur s'améliorer plus tard, grâce à une opération complémentaire. Ce sont certes là autant de circonstances atténuantes dont il faut tenir compte.

M. Dezanneau, après s'être attaché à réfuter tous les reproches adressés à l'iridectomie au point de vue optique, termine son travail par des conclusions qui ne sont que l'abrégé des divers points traités et discutés par nous précédemment; aussi nous croyons pouvoir les passer sous silence. Une seule des conclusions de l'auteur nous paraît devoir être mentionnée ici, comme se rapportant plus particulièrement au procédé opératoire suivi par l'auteur.

La voici :

« Dans l'état actuel de la science, dit M. Dezanneau, le procédé

le plus parfait pour l'extraction de la cataracte me paraît consister dans la combinaison de l'iridectomie avec l'incision scléro-cornéenne, à lambeau supérieur, pratiquée dans un plan antérieur et parallèle à celui de la grande circonférence de l'iris, dont elle doit rester distante d'un demi-millimètre au moins, d'un millimètre au plus. »

Messieurs, l'analyse critique à laquelle nous nous sommes livrés au sujet du travail de M. Dezanneau a dû vous convaincre, nous l'espérons, de la valeur réelle de l'œuvre de notre confrère, qui, à ses titres de professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers et de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, joint les qualités d'un opérateur habile et d'un clinicien consciencieux et sagace.

La commission a donc l'honneur de vous proposer :

1° D'envoyer le travail de M. Dezanneau au comité de publication ;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication.

LECTURES.

M. Verneuil lit la première partie d'un mémoire sur la *forcipressure*.

De la forcipressure,

par M. Ar. Verneuil.

Dans la séance du 4 novembre dernier, en terminant l'analyse du mémoire de M. Vanzetti sur *l'uncipression*, j'annonçais l'intention de vous communiquer plusieurs cas d'hémorrhagies dans lesquels, les moyens ordinaires étant inefficaces ou inapplicables, je m'étais tiré d'embarras en laissant simplement en place, dans la plaie, la pince qui m'avait servi à saisir le vaisseau blessé. Cet expédient est si naturel, il exige si peu d'habileté, que personne n'en revendique la découverte et qu'on ne saurait dire qui le premier l'a mis en usage. En tout cas il n'est décrit nulle part explicitement et n'a pas même reçu de nom.

Cependant il me paraît constituer un procédé distinct de la méthode compressive, exceptionnel sans doute, mais ayant des avantages particuliers et des indications formelles.

Je propose de l'appeler *forcipressure* ou *forcipression* du nom de l'instrument utilisé (*forceps, forcipis,* pince, tenaille), comme on dit *acupressure, uncipression,* etc.

Veuillez croire que je ne cède pas au vain désir de baptiser d'un nom nouveau une chose déjà ancienne, mais que je veux seulement réunir sous un titre commun des faits comparables isolés jusqu'à ce jour.

Je vous ferai d'abord connaître les circonstances variées dans lesquelles j'ai employé le procédé en question. Jetant ensuite un coup d'œil en arrière, je vous montrerai la forcipressure maintes fois déjà proposée et pratiquée, mais toujours délaissée malgré les services rendus ou dédaignée par la majorité des chirurgiens. En terminant je chercherai à établir sa valeur comparative et à tracer nettement sa sphère d'application.

Obs. I. — *Polype utérin, hémorrhagie artérielle par le pédicule coupé. Forcipressure.* — Il y a plus de dix ans, j'avais à opérer un polype fibreux du col de l'utérus. La tumeur avait environ le volume de la première phalange de l'index; son pédicule long et grêle inséré à un centimètre de profondeur dans la cavité du col était facilement visible et accessible. Je ne crus pas nécessaire d'en faire la section avec l'écraseur et je le divisai d'un coup de ciseaux. Le spéculum retiré, j'attendis quelques instants et vis bientôt une certaine quantité de sang rouge sortir de la vulve.

Le spéculum remis en place et le sang entraîné par un courant d'eau froide, je vis distinctement au centre de la coupe du pédicule une artère assez volumineuse qui donnait un jet de plus d'un millimètre. J'appliquai vainement et à plusieurs reprises quelques boulettes de charpie sur l'orifice vasculaire, plusieurs irrigateurs d'eau froide furent aussi inutilement projettés. Je n'avais sous la main ni perchlorure de fer, ni cautères, ni même de charpie pour faire le tamponnement. Je saisis simplement le tronçon du pédicule avec ma pince à polype et je maintins serrées les branches de celle-ci avec un cordon enroulé au-dessous des anneaux. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. La pince fut laissée en place, pendante dans le vagin jusqu'au surlendemain. La malade n'en fut nullement incommodée.

Obs. II. — *Blessure de la paume de la main; artériole facile à saisir, impossible à lier. Forcipressure.* — Un homme entra à l'hôpital Lariboisière en 1869, pour une blessure profonde de la paume de la main gauche. Trois hémorrhagies secondaires avaient eu lieu en dépit des bandages compressifs; soupçonnant d'après la disposition de la plaie une section de l'artère radiale à son passage dans le premier espace métacarpien, je pratique un large débridement qui me permet de saisir et de lier tous les vaisseaux. L'un d'eux cependant, très-profond et exactement accolé aux os, peut être saisi, mais non lié, à cause de l'impossibilité de conduire et de serrer une anse de fil au-dessous des mors de la pince; c'est pourquoi après plusieurs essais infructueux je me décide à laisser la pince en place en ayant soin de l'entourer de charpie pour l'isoler des tissus voisins et la maintenir dans l'immobilité. Le sang s'arrêta définitivement. Aucun accident ne survient; la pince

fut enlevée le cinquième jour, elle n'avait déterminé aucune douleur[1].

Obs. III. — *Blessure de la mammaire interne ou d'une de ses branches dans un foyer de suppuration profond ; impossibilité de voir le vaisseau. Forcipressure.* — J'eus à traiter en 1870 à l'hôpital Lariboisière un malade atteint de nécrose du sternum. La région correspondante était criblée de fistules et les parties molles épaissies et indurées par l'in flammation chronique.

Ayant débridé quelques-uns des trajets, je mis à nu le séquestre qui paraissait comprendre outre le bord latéral du sternum une partie ossifiée du cartilage de la deuxième côte. Je morcelai avec une pince de Liston le corps étranger pour en faciliter l'ablation et je parvins à extraire à peu près tous les fragments. A peine est-il besoin de dire qu'agissant à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, sur le trajet connu de l'artère mammaire interne, je mettais tous mes soins à ne pas blesser cet important vaisseau et n'employais que des instruments mousses pour isoler, soulever et extraire les débris nécrosés. Aussi n'eus-je affaire tout d'abord qu'à cet écoulement sanguin en nappe que fournissent inévitablement les foyers bourgeonnants qui englobent les séquestres. L'opération touchait à sa fin lorsque je sentis encore une parcelle osseuse reléguée au fond de la cavité, je la saisis avec le davier qui m'avait servi à extraire les autres et, grâce à quelques tractions, je l'amenai au dehors à son tour.

Je ne sais si, dans cette manœuvre, les aspérités du séquestre ou le mors du davier déchirèrent quelque vaisseau; toujours est-il qu'instantanément le foyer se remplit de sang qui sortait en bouillonnant et couvrit bientôt toute la région opérée. Je saisis aussitôt une éponge que je fis entrer de force dans la cavité pour la remplir et en comprimer les parois. L'hémorrhagie s'arrêta, mais pour reparaître dès que l'éponge fut enlevée ; la même expérience répétée deux fois donna deux fois le même résultat. Craignant d'avoir lésé la mammaire interne, j'étais assez inquiet : il me paraissait également difficile, sinon impossible, de rechercher et de lier les deux bouts dans une cavité profonde tapissée de bourgeons fongueux et friables, et de lier la mammaire à distance au-dessus et au-dessous du point blessé. Cette dernière opération bien que son manuel opératoire soit décrit dans nos livres, eût été rendue fort laborieuse par l état des parties molles. Le tamponnement forcé avec ou sans styptiques eût été dangereux à cause du voisinage des cavités pleurale, péricardique et médiastine. La cautérisation au fer rouge eût présenté les mêmes périls. Il fallait donc trouver autre chose.

Réfléchissant alors que le vaisseau blessé répondait certainement au point d'où j'avais extrait la dernière parcelle osseuse, j'essayai de porter là l'extrémité de l'index gauche et d'arrêter le sang par la pression digitale sur l'orifice vasculaire ; après quelques courts tâtonnements, je réussis en effet à trouver le point et à dominer l'hémorrhagie.

[1] Cette observation est sommairement rapportée dans la thèse d'un de mes élèves, M. G. Martin. (*Plaies artérielles de la main et de l'avant-bras.* Paris, 1870, p. 40.)

Il était indiqué de suivre cette voie et de continuer la compression digitale qui, dans des cas comparables, a sauvé plus d'un malade ; j'avais autour de moi assez d'aides pour organiser un service continu et prolonger tant que j'aurais voulu la compression, mais je craignais que mes aides ne pussent en se remplaçant trouver toujours instantanément le point circonscrit, d'où surgissait le sang, — que la pression fut tantôt trop forte, tantôt trop faible, — que le malade déjà épuisé par sa maladie et anémié encore par la perte du sang ne fût très-fatigué par la compression continue, et très-alarmé par le procédé insolite. Pour toutes ces raisons je voulus faire un dernier essai. J'avais sous la main un assez grand nombre d'instruments, je choisis la pince à pansements à arrêt qu'on trouve actuellement dans la plupart des trousses ordinaires. J'en glissai doucement et aussi obliquement que possible les mors entr'ouverts au-dessous de la pulpe de mon index et saisissant les parties molles sous-jacentes je rapprochai et fermai les branches. Mon doigt enlevé, le sang ne reparut plus, je pus à mon aise absterger la cavité, la débarrasser des caillots sanguins et la remplir enfin de charpie alcoolisée. La pince déjà inclinée à 45 degrés fut définitivement assujettie, de façon à rester tout à fait immobile. Elle fut laissée en place 48 heures pendant lesquelles elle ne causa ni gêne, ni souffrances. Sous l'influence des pansements alcoolisés, très-souvent renouvelés, la plaie se détergea promptement et l'inflammation locale fut modérée et circonscrite, de sorte que l'accident opératoire n'eut aucune suite fâcheuse. Je doute qu'aucun autre moyen (la ligature exceptée, si elle eût été praticable) eût pu se montrer aussi efficace et innocent.

Obs. IV. — *Ouverture de la maxillaire interne dans une opération. Forcipressure.* — Dans la même année 1870, j'ai eu recours encore à l'expédient susdit, dans un cas dont nos bulletins renferment la relation. Il s'agissait d'une opération d'extirpation partielle de la mâchoire inférieure, pour un ostéosarcome récidivé (voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 mars 1870, p. 82). J'extrais de l'observation le passage suivant :

« La ligature préliminaire de la carotide externe avait duré près de vingt minutes, mais ce temps ne fut pas perdu, car pendant tout le reste de l'opération l'hémostase fut prompte et facile. Je n'eus à lier que trois artérioles pendant la dissection superficielle ; une quatrième, probablement la maxillaire interne, fut blessée à la fin de l'opération ; comme sa position profonde rendait difficile l'application d'une ligature, je me contentai de la saisir avec une pince qui fut maintenue dans la plaie jusqu'au quatrième jour.

Obs. V. — *Blessure de l'artère sacrée latérale dans une résection du coccyx. Insuccès de plusieurs moyens. Forcipressure.* — Le 1er décembre 1873, j'eus à faire la résection du coccyx carié avec fistules multiples de l'anus. Après avoir, à l'aide de la pince de Liston, détaché les parties malades de l'os, j'enlevai les fragments avec le davier et les doigts. Jusque-là l'opération marchait bien, quand un accident d'une

certaine gravité se produisit tout à coup : un vaisseau artériel venait d'être ouvert. D'après le volume du jet et le point d'où il s'échappait, conclus qu'il s'agissait d'une artère sacrée latérale amplifiée par suite du travail morbide ancien développé dans tous ces tissus. Plusieurs essais de ligature restèrent infructueux ; je ne fus pas plus heureux en portant le fer rouge sur le point d'où sortait le sang ; enfin après quelques tentatives, je parvins à saisir l'artère entre les mors d'une pince à pansement, dont les branches rapprochées furent immobilisées et maintenues fixes à l'aide d'un fil ordinaire, enroulé au-dessous des anneaux. L'hémorrhagie arrêtée, on acheva l'opération, et en faisant le pansement, on entoura la pince de charpie. Le malade resta quatre jours couché sur le ventre ; au bout de ce temps la pince fut retirée [1].

Obs. VI. — *Section avec le serre-nœud d'un lobe d'un polype naso-pharyngien. Hémorrhagie abondante. Forcipressure.* — J'avais récemment dans mes salles un garçon présenté déjà deux fois à la Société et qui était atteint d'un polype naso-pharyngien remarquable par sa vascularité insolite, rappelant en quelque sorte une tumeur érectile veineuse. J'avais détruit par des applications réitérées de fer rouge la plus grande partie de la tumeur, jusqu'à la base du crâne. En ce point je constatai que le sinus sphénoïdal largement ouvert inférieurement était rempli par un lobe de la tumeur du volume d'une noix, sans adhérence avec les parois dilatées de ce sinus.

N'osant plus porter en ce point le fer rouge, je crus bon d'enlever le lobe en question avec le serre-nœud ordinaire. Je portai donc autour de sa racine l'anse formée par un fil métallique d'un millimètre d'épaisseur, je serrai progressivement, et par prudence je mis à faire la section au moins dix minutes.

La tumeur tombée et l'instrument enlevé, le sang fit subitement irruption par le nez et la bouche à la fois. J'écartai aussitôt la mâchoire et distinguai au milieu du flot sanguin un jet veineux du volume d'une plume de corbeau et projeté à près de deux centimètres. A l'aide d'une pince je portai rapidement une grosse boulette de charpie dans la cavité du sinus devenue béante par l'ablation de la tumeur. Le sang ne s'arrêta pas. Une seconde boulette plus volumineuse encore fut appliquée sur la première et modéra l'écoulement. La bouche étant de nouveau largement ouverte grâce à la docilité extrême du patient, je retirai le second tampon et vis nettement sortir le jet sanguin du tronçon du pédicule, sur le bord gauche de la perforation du sinus sphénoïdal. Aussitôt avec la pince à polype je saisis ce tronçon aussi largement que possible et je serrai fortement les branches. Le flot sanguin s'arrêta. Ne pouvant songer à placer une ligature à cette profondeur, et n'ayant pas de fer rouge à ma disposition, je laissai la pince en place. Il était temps que l'hémorrhagie s'arrêtât, car le malade avait perdu

[1] Cette observation se trouve dans la thèse de M. Paul Desnucé. (*Des fistules ossifluentes de la région anale et de la résection du coccyx.* Paris, 1874, p. 61.)

en quelques minutes près de quatre palettes de sang. Reporté dans son lit, il fut pris d'une syncope passagère.

La pince ne fut retirée que le lendemain matin ; elle n'avait déterminé qu'une gêne fort supportable. L'accident n'eut pas de suite.

Ici encore je ne vois pas quel autre moyen eût mieux et plus rapidement agi.

Actuellement encore est couché dans mon service le sujet de l'observation suivante.

Obs. VII. — *Plaie de l'artère radiale à son passage dans le premier espace intermétacarpien. Hémorrhagies consécutives. Forcipressure.* — Un garçon de vingt ans se fit, avec un éclat de verre, à la face dorsale de la main droite une plaie fort légère en apparence, qui ne donna lieu qu'à une hémorrhagie en nappe facile à arrêter. Pendant douze jours on se contenta d'appliquer des compresses d'eau alcoolisée sur cette blessure dont on ne soupçonnait point la profondeur. A cette époque survinrent une certaine inflammation locale et un mouvement fébrile. Deux jours plus tard le sang parut en abondance, et malgré la compression méthodique exercée sur la main et le poignet, quatre hémorrhagies se succédèrent depuis trois heures de l'après-midi jusqu'à la matinée du lendemain.

M. Bouilly, interne du service, en arrêtant le sang, avait reconnu dans le premier espace inter-métacarpien une tumeur animée de battements et diagnostiqué une blessure artérielle profonde ; le lendemain matin, 26 décembre, nous acceptâmes ce diagnostic et nous mîmes en mesure de rechercher et de lier le vaisseau.

Le malade endormi et la compression de l'humérale confiée à un aide, on débrida d'abord la plaie superficielle. Elle était longue de deux centimètres environ, transversalement située en dehors et un peu au-dessous de la tabatière anatomique au niveau de la ligne carpo-métacarpienne. De son milieu on fit partir une incision suivant le milieu de l'espace inter-métacarpien, s'arrêtant à un centimètre de la commissure inter-digitale et divisant la peau et le premier intérosseux dorsal. On tomba dans une cavité qui aurait facilement logé une noix et remplie de caillots récents.

Ceux-ci enlevés et la compression momentanément suspendue, le sang sortit aussitôt en bouillonnant du fond de l'excavation, ou pour parler plus exactement du point où passe l'artère radiale pour aller gagner la paume de la main.

Je fis de vains efforts pour découvrir et isoler le vaisseau. La compression, quoique très-bien faite n'empêchait pas une certaine quantité de sang de remplir le fond du foyer et de masquer les tissus. On pouvait cependant deviner sans peine le siége de la blessure vasculaire, car, pour arrêter le sang, il suffisait de porter dans l'angle inter-métacarpien le bout de l'index gauche, ayant l'ongle tourné vers les phalanges et la pulpe dirigée vers l'avant-bras. Abandonnant l'intention première de lier les deux bouts, et ne voulant pas, comme je l'avais fait une fois, débrider tout l'espace inter-métacarpien pour faciliter la découverte de la radiale, je songeai à la forcipressure.

En conséquence, je glissai une pince à anneaux et à arrêt le long du bord radial de mon index appliqué sur le point blessé. Je saisis entre ces mors les parties molles jusqu'aux os et serrai les branches. L'hémorrhagie diminua subitement, d'où je conclus que je venais d'étreindre le bout palmaire de l'artère.

Ayant reporté l'index dans la plaie en même position, je répétai la manœuvre et glissant la pince le long du bord cubital du doigt compresseur, j'arrivai à saisir le bout cardiaque du vaisseau blessé.

Le sang cette fois ne coula plus, cependant par prudence je plaçai encore deux pinces dans l'espace laissé entre les deux premières, de sorte que quatre de ces instruments se trouvaient juxtaposés et comprimaient l'artère dans une étendue de douze millimètres environ.

Toutes les branches furent réunies en faisceau et entourées d'un fil. Quelques rondelles d'amadou perforées à leur centre furent placées sur la plaie et contribuèrent à immobiliser les pinces.

Le membre fut placé en pronation dans une gouttière légèrement inclinée, de façon à tenir la main élevée. Des compresses d'eau fraîche complétèrent le pansement.

On me dira peut-être qu'après avoir saisi heureusement les deux bouts de l'artère en deçà et en delà du point blessé, j'aurais pu poser une double ligature; je répondrai que les pinces comprimaient entre leurs mors non-seulement le vaisseau, mais encore une certaine quantité de parties molles, qui eussent rendu impossible l'application circulaire du fil au-dessous de la pointe des mors. Il eût fallu passer en dehors des pinces une aiguille de Deschamps, mais j'aurais craint alors de ne pas passer exactement sous le vaisseau, de le déchirer peut-être et de prolonger ainsi une opération qui avait déjà duré plus de vingt minutes.

Je me contentai donc du procédé qui avait procuré l'hémostase.

Les jours suivants la main et le poignet devinrent le siége de phénomènes inflammatoires assez intenses qui aboutirent à la formation de plusieurs abcès qu'il fallut ouvrir. Pendant une quinzaine de jours l'état général fut mauvais et la température oscilla toujours entre 39 et 40 ; à plusieurs reprises je pus craindre l'invasion de la pyohémie. Malgré ces conditions locales et générales si favorables à la production des hémorrhagies secondaires , nous ne vîmes pas apparaître une goutte de sang . Les pinces se détachèrent d'elles-mêmes le dixième jour sans accident. Ajoutons que, pendant leur séjour prolongé, elles ne déterminèrent aucune douleur spéciale. A la vérité, le membre fut tenu dans l'immobilité absolue. Mais cette attitude était également réclamée par les phénomènes inflammatoires locaux. On pourrait supposer encore que le séjour des corps étrangers a été pour quelque chose dans le développement du phlegmon de la main, or j'affirme le contraire. Ce phlegmon existait déjà au moment de l'opération. C'est à lui surtout et à la fièvre concomitante que j'attribue les hémorrhagies secondaires. Les manœuvres longues que nécessita la recherche des bouts vasculaires accrurent l'inflammation locale, mais le résultat eût été le même si l'on eût pratiqué la ligature.

Dans ma conviction, la forcipressure ne saurait endosser la responsabilité des accidents.

Au moment où j'écris le malade entre en convalescence.

Obs. VIII. — *Extirpation d'une amygdale; hémorrhagie immédiate, prolongée, très-intense; emploi infructueux des astringents, des styptiques, de la compression continue pendant une heure avec une boulette de charpie portée sur la plaie à l'aide d'une pince ordinaire; arrêt définitif du sang par l'application et le séjour à demeure d'une pince spéciale* [1]. — Un étudiant en médecine se coupa lui-même l'amygdale gauche avec l'amygdalotome, et s'efforça d'extirper largement l'organe malade; un écoulement sanguin assez abondant se déclara de suite et continua sans interruption pendant deux heures. Je fus mandé auprès du jeune homme, et tentai la compression directe avec une boulette de charpie saupoudrée d'alun ou imbibée de perchlorure de fer que je tins en place sans interruption pendant une grande heure sans résultat. J'envoyai chercher chez M. Mathieu un instrument spécial, construit d'après les principes posés par divers chirurgiens : Hervez de Chégoin, Hatin, Ricord, etc., et qui consiste en une longue pince dont un mors en forme de pelote s'enfonce dans la fosse amygdaliene, tandis que l'autre, terminé en plaque, s'appuie sur la région mastoïdienne.

L'instrument fut mis en place en quelques minutes et assujetti par un cordon attaché au bonnet. L'application causa peu de douleur, la compression qu'il exerçait était même moins pénible que celle de la pince ordinaire préalablement employée; au bout de quelques heures la tolérance était parfaite.

Je laissai l'appareil environ trente-six heures en place.

Obs. IX. — *Trépanation; hémorrhagie par une artère intrà-osseuse; effacement de la lumière du vaisseau par un procédé particulier.* — A la fin de l'été dernier j'eus l'occasion d'appliquer le trépan pour enlever une exostose de la paroi crânienne. Les os étaient, à la périphérie de la tumeur, épaissis et très-vasculaires. Après l'enlèvement d'une rondelle osseuse, je vis jaillir de la surface de section un jet artériel assez volumineux; j'essayai successivement la compression avec la pulpe du doigt, puis avec un petit fragment d'éponge; mais sans résultat. Je n'avais guère de confiance dans la boulette de cire et j'aurais perdu beaucoup de temps à faire chauffer un petit cautère, moyen que d'ailleurs j'ai vu échouer en pareil cas. Il me vint alors à l'esprit de saisir avec un davier l'os dans toute son épaisseur au niveau du point d'où sortait le sang et de serrer lentement mais fortement la partie comprise entre les mors. L'écrasement même peu prononcé du tissu osseux suffit aussitôt pour comprimer le vaisseau et arrêter l'hémorrhagie. La forcipressure passagère devint définitive par suite de la condensation des lamelles osseuses.

Obs. X. — *Amputation de la cuisse; compression digitale mal faite;*

[1] Je rapporte très-sommairement ici ce fait intéressant, qui paraîtra bientôt dans la thèse inaugurale d'un de mes élèves, le Dr Mary.

pince à arrêt jetée sur la fémorale ouverte jusqu'à la fin de l'opération. — Il y a bien des années que pratiquant en province une amputation de la cuisse avec un aide qui comprimait mal l'artère au pli de l'aino, j'avais été forcé de quitter le couteau et de faire achever l'opération par le confrère pendant que je prenais sa place pour l'hémostase. Même mésaventure m'arriva en 1869, dans des conditions analogues; seulement, au lieu de laisser l'instrument tranchant, j'arrêtai sur-le-champ le jet fourni par l'artère en saisissant celle-ci perpendiculairement à son axe avec une pince à pansement dont je fermai les branches et que je laissai en place pendant que je terminais rapidement l'ablation du membre.

Une autre fois j'ai employé le même instrument dans une désarticulation de l'épaule pour saisir en travers l'artère axillaire avant d'en faire la section. Cette pince, à mon avis, remplace très-avantageusement les doigts de l'aide auxquels on confie la tâche délicate de comprimer le vaisseau dans le dernier temps de l'opération.

Obs. XI. — *Vaisseaux cutanés ouverts dans le débridement du phlegmon diffus. Application d'une pince à demeure.* — Un homme maigre et cachectique, atteint d'érysipèle phlegmoneux de la cuisse, dût subir une longue incision destinée à ouvrir un foyer purulent sous-cutané. La peau était enflammée et très-épaissie; le bistouri rencontra, cachée à sa surface profonde, une artériole assez volumineuse qui fournissait du sang en abondance; on ne pouvait apercevoir directement l'orifice vasculaire, et il eût été certainement très-malaisé de faire la ligature; d'un autre côté, il importait d'épargner le plus possible le sang du malade. Au lieu de pratiquer la compression, moyen infidèle en pareil cas et qui eût empêché l'issue libre du pus, je me contentai de saisir entre les mors de la pince la peau dans toute son épaisseur, y compris le vaisseau caché à sa face profonde. L'écoulement cessa aussitôt; les branches de la pince furent maintenues serrées avec un cordon. L'instrument enlevé à la fin de la visite était resté en place un peu plus d'une heure.

J'ai eu recours ces jours derniers au même moyen dans un cas semblable: Je pratiquais sur la face dorsale de l'avant-bras des incisions dans un phlegmon diffus. Mon bistouri divisa une veine volumineuse englobée dans les tissus enflammés et indurés. et qui fournit en quelques instants une quantité considérable de sang. La compression digitale n'arrêtait pas l'écoulement d'une façon durable; ayant donc reconnu le point d'où jaillissait le liquide, je le saisis avec les mors d'une pince à anneaux, qui maîtrisa sur-le-champ l'hémorrhagie. Elle fut retirée au bout de deux heures.

La forcipressure me paraît fort utile dans ces cas qui sont loin d'être rares. J'ai perdu par une hémorrhagie de cette espèce un malade atteint d'infiltration d'urine, et chez lequel une incision ouvrit une artère scrotale. L'hémorrhagie, momentanément arrêtée par l'application dans la plaie d'un plumasseau de charpie, reparut quelques instants plus tard, fut méconnue, et jeta le patient dans un état de prostration qui le fit périr dans la nuit d'après. Pareil accident a failli

m'arriver l'an dernier, après une incision pratiquée pour un phlegmon de la cuisse. J'avais confié à un aide le soin de tenir le doigt sur un de ces vaisseaux rampant dans la peau épaissie; il quitta trop tôt son poste, et c'est par hasard que l'interne du service, repassant peu après devant le malade, fut frappé de sa pâleur, et constata qu'il venait de perdre et perdait encore une quantité considérable de sang.

Obs. XII. — *Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. Extirpation. Hémostase à l'aide de pinces à pression continue laissées en place jusqu'à chute spontanée.* — J'extrais de cette observation, qui sera prochainement publiée, quelques détails relatifs au présent sujet: La tumeur du volume de la moitié d'une pomme siégeait au niveau du sommet de l'écaille du frontal: elle était alimentée par les artères temporales et occipitales, fortement dilatées, et par trois artères des parois osseuses elles-mêmes; deux veines énormes s'en détachaient, l'une ayant le trajet de la préparate, et l'autre sillonnant le pariétal gauche. Les battements, l'expansion, le souffle y révélaient une circulation fort active.

Un lien circulaire en caoutchouc étreignant le crâne, arrêtait le cours du sang dans les vaisseaux artériels et veineux superficiels, mais n'empêchait pas l'abord de ce fluide dans la tumeur par les artères osseuses. On devait donc s'attendre, pendant l'extirpation, à une forte hémorrhagie venant à la fois des deux lèvres de l'incision circulaire destinée à isoler la masse morbide. Cette prévision se réalisa; en effet, malgré l'emploi du couteau galvanique et la section du cuir chevelu par petites portions de 15 à 20 millimètres avec ligature en masse préalable, le sang s'échappait en jets ou en nappe des deux bords de la division.

Il eût été sinon impraticable, au moins très-difficile de lier un à un tous les vaisseaux, tant ils étaient rapprochés et confondus dans le cuir chevelu épaissi. Au contraire, on arrêtait aisément le sang en saisissant largement ces bords avec les pinces à pression continue, dites pinces à lymphatiques, et les pinces hémostatiques à anneaux.

Dès qu'on avait ouvert dans l'étendue de 2 centimètres environ le sillon circulaire destiné à circonscrire la tumeur, on plaçait les pinces sur les deux lèvres, puis on avançait de 2 ou 3 centimètres encore, et ainsi de suite jusqu'au moment où la masse morbide complétement cernée à sa périphérie finit par être détachée de la surface du crâne.

Pour obtenir l'hémostase définitive, on replaça méthodiquement sur tout le pourtour de la plaie circulaire, qui mesurait près de 25 centimètres, une couronne de pinces dont chacune, grâce à sa position oblique, comprenait entre ses mors près de 2 centimètres du bord saignant.

On employa pour cela dix pinces à lymphatiques et quatre pinces à anneaux et à arrêt. Ces dernières furent particulièrement appliquées sur les points correspondants aux artères temporales et occipitales.

On prit soin dans le pansement d'assujettir ces instruments

pour éviter tout tiraillement et tout déplacement. Le malade n'accusa aucune gêne du fait de cette couronne métallique et ne perdit ultérieurement pas une goutte de sang par la périphérie de cette vaste plaie.

On laissa les pinces se détacher d'elles mêmes, ce qui eut lieu du cinquième au septième jour sans aucun accident.

Tel est, messieurs, le bilan de ma pratique : douze fois dans le cours de quelques années, j'ai eu recours à la forcipressure et m'en suis bien trouvé. Mon contingent serait plus nombreux si j'avais été de tout temps au courant de la question comme je le suis aujourd'hui. En effet, ma mémoire me rappelle maintenant plusieurs cas difficiles où la pince à demeure m'aurait certainement rendu l'hémostase beaucoup moins laborieuse.

Après la lecture des observations précédentes, assez démonstratives je pense, je pourrais m'arrêter et conclure sommairement à l'adoption de la forcipressure au moins à titre d'expédient de nécessité. Mais il m'a paru qu'on ferait plus facilement pénétrer dans la pratique journalière cet utile procédé en signalant son origine déjà ancienne, les services qu'il a rendus en d'autres mains, en un mot, ses titres de bourgeoisie.

Cette revue rétrospective me dépouillera sans doute de tout droit à la découverte, bien que j'aie agi le plus souvent sous l'unique inspiration de l'urgence et sans connaître, lors de mes premiers essais, les propositions de mes devanciers ; mais si elle me raye de la liste des inventeurs, elle mettra à néant bien d'autres prétentions et montrera en même temps que si l'on daignait fouiller un peu plus souvent et un peu plus attentivement dans les livres, on sauverait de l'oubli bien des idées précieuses.

L'histoire de la forcipressure présente ceci de curieux : que le principe et les applications multiples ont été plusieurs fois proposés et mis en usage sans que les inventeurs successifs aient paru se douter de ce qui avait été fait avant eux et sans que les classiques, de leur côté, aient pris la peine de rassembler les documents épars. Il m'a paru qu'il y avait là une lacune à combler.

Je dois dire, dès à présent, que malgré tous mes efforts, mes recherches ne sont pas complètes, car il ne m'a pas été possible de consulter directement tous les originaux, et, ici comme ailleurs, j'ai eu à déplorer la manière regrettable dont jadis on traitait, et dont malheureusement de nos jours encore on traite trop souvent la bibliogpaphie.

Avant d'entamer l'enquête historique et pour y introduire un peu d'ordre, je crois indispensable de présenter quelques considérations générales.

Vous avez certainement remarqué que mes douze faits sont loin

d'être semblables, et que sauf l'emploi constant de la pince, ils diffèrent notablement.

Dans les uns, les plus nombreux, la forcipressure était, sinon le seul, au moins le meilleur moyen à mettre en usage.

Dans les autres, j'aurais évidemment pu pratiquer la ligature ordinaire ; dans l'un de ces derniers même (amputation de la cuisse), cette ligature, après quelques minutes, a remplacé la pince qui n'avait été laissée sur le vaisseau que pour faciliter l'achèvement de l'opération.

Or, dans l'exposé qui va suivre, nous retrouverons la même différence fortement accentuée, donc la forcipressure n'est pas un procédé identique au moins quant à l'usage qu'on en veut faire, donc il est nécessaire d'y établir des divisions et de reprendre pour cela la question *a principio.*

La forcipressure, au sens littéral du mot, est une opération hémostatique qu'on exécute avec un instrument, la pince, agissant sur les vaisseaux à la manière de la tenaille vivante formée par le pouce et l'index.

Ce mode d'action l'assimile aux procédés de la méthode compressive.

Toutes les fois qu'on saisit un vaisseau de la manière susdite on fait avec préméditation ou sans s'en douter de la forcipressure; c'est assez dire qu'en dépit du mutisme des anciens, le procédé est aussi antique que la chirurgie, et date au moins de l'invention de la pince elle-même.

Par conséquent, il est aisé de reconnaître dans la foule des moyens hémostatiques ceux qui appartiennent à la forcipressure, nettement caractérisés qu'ils sont par l'application d'une pince sur un vaisseau.

Mais il y a pince et pince, et il faudrait des pages entières pour énumérer seulement les variétés de cet instrument et les engins plus ou moins compliqués qui agissent sur les vaisseaux d'une façon analogue.

Je me dispense ici de cette énumération, et au point de vue historique du moins, je rangerai dans la forcipression tous les procédés dans lesquels on arrête l'hémorrhagie à l'aide d'une pince ou de tout autre instrunent fonctionnant de même.

En assimilant la pince et ses succédannés à la tenaille bi-digitale, je rappelle que cette dernière agit sur les vaisseaux de deux façons, tantôt elle les saisit, les aplatit dans leur continuité ou à une petite distance du point blessé et crée au passage du sang une barrière transversale. Tantôt une seule pulpe digitale, en rapport immédiat avec l'orifice vasculaire, l'obstrue à la manière d'un cou-

vercle et oppose à l'issue du sang un obstacle terminal; l'autre doigt se borne à fournir un point d'appui.

Dans le premier cas le forceps vivant remplace en quelque sorte la ligature; dans le second il agit plutôt comme le tamponnement.

Nous trouvons ces deux modes réalisés par la pince qui, tantôt saisit et oblitère le vaisseau perpendiculairement à son axe, et tantôt s'applique par un de ses mors seulement sur l'ouverture vasculaire, l'autre mors reposant à distance sur des parties saines.

La forcipressure est donc *latérale* ou *terminale*.

Beaucoup plus importantes sont les distinctions tirées du but qu'on poursuit, abstraction faite du mode d'application des agents.

Si élémentaire qu'elle soit, l'apposition d'une pince sur un vaisseau amène des effets bien différents et remplit des indications fort distinctes suivant qu'elle est *passagère* ou *prolongée*.

Passagère, elle ne constitue en somme que *l'acte préparatoire* de la ligature, la fixation du vaisseau qu'on veut entourer d'un fil.

Prolongée suffisamment, elle devient elle-même *agent définitif* d'hémostase.

Certes, il ne fallait ni témérité grande, ni effort violent d'imagination pour employer le second mode après avoir découvert le premier, et cependant tandis que celui-ci est utilisé de temps immémorial il faut arriver jusqu'au commencement de ce siècle pour trouver une trace fugitive de celui-là.

La chose s'explique jusqu'à un certain point : il est généralement si facile de jeter autour d'un vaisseau saisi un fil qui ne causera plus tard ni douleur ni gêne, qu'il n'est guère rationnel de remplacer la ligature complète par son seul temps préparatoire, si l'on songe surtout que celui-ci implique nécessairement le séjour dans la plaie d'instruments rigides, plus ou moins volumineux, lourds et encombrants.

Bientôt, à la vérité on dut s'apercevoir : 1° que la ligature n'était pas toujours applicable; 2° qu'en cas même d'exécution facile elle n'était pas exempte de reproches. Tôt ou tard ces deux remarques devaient conduire à la forcipressure, mais l'incubation fut démesurément longue, ce qui s'explique encore.

L'art était armé depuis longtemps. Dans les cas où l'application du fil constricteur était impossible, on employait la compression digitale, le tamponnement, les styptiques, la cautérisation actuelle, etc. On crut pouvoir s'en tenir là.

Les inconvénients de la ligature, très-minimes quand elle est appliquée sur des vaisseaux tronqués c'est-à-dire sur le bout cardiaque seul dans des plaies exposées et béantes, ne deviennent sensibles qu'au cas où elle porte sur la continuité des

artères comme c'est le cas dans la cure des anévrysmes et des grandes plaies artérielles. Il fallait donc pour constater ces inconvénients que la ligature à distance fût mise en honneur par Desault et Hunter. Alors on ne tarda pas à les reconnaître, car c'est à Desault, puis à Percy qu'on doit les premiers essais de forcipressure comme moyen destiné à remplacer la ligature ordinaire.

A ces deux applications de la pince allait s'en joindre une troisième, remplissant il est vrai une indication tout autre et satifaisant à un besoin différent. Elle fut explicitement décrite en 1831 par Angelstein, élève de Carl Graefe, de Berlin; ce dernier chirurgien imagina des pinces spéciales qu'il appliquait en nombre indéterminé sur les vaisseaux ouverts pendant les opérations et surtout les extirpations de tumeurs. Ces pinces n'avaient qu'une mission temporaire, elles arrêtaient provisoirement le sang à la manière des doigts des aides appliqués sur les vaisseaux ouverts et permettaient de terminer promptement l'opération; celle-ci achevée on faisait les ligatures à l'ordinaire et les pinces étaient enlevées. On pourrait donner à cette manière de faire le nom de *forcipressure multiple adjuvante et passagère.*

Enfin on devait aller plus loin encore : ces pinces multiples posées sur les vaisseaux avant les ligatures pourraient à la rigueur rendre ces dernières inutiles et amener à elles seules l'hémostase définitive, il suffirait de les laisser en place non plus quelques minutes mais bien quelques heures ou quelques jours; on aurait ainsi une quatrième application, c'est-à-dire la *forcipressure multiple permanente ou prolongée.*

Vidal, de Cassis, la proposa incidemment et sans y insister; c'est de nos jours seulement qu'elle tend à se vulgariser.

Cette distribution des nombreuses applications de la forcipressure en quatre catégories m'a paru, aussi bien au point de vue historique qu'au point de vue pratique, préférable à l'exposé chronologique pur.

En effet, dans les recherches rétrospectives il est plus intéressant de suivre les idées que d'aligner à la suite des noms et des dates; d'ailleurs on sauvegarde aisément les droits personnels si respectables en rassemblant autour de chaque idée mère, les noms du promoteur et des imitateurs; à chaque catégorie je puis sans peine donner un parrain et nommer Desault, Antoine Dubois, Carl Graefe et Vidal, de Cassis.

Au point de vue pratique, si, comme j'en ai la persuasion, la forcipressure , se perfectionnant et s'étendant tous les jours est destinée à un avenir sérieux, il faut s'empresser de signaler ses indications principales et les séparer nettement afin que le

chirurgien sache à l'avance dans quels cas précis il peut y avoir recours et quels services il peut en attendre.

Je vais donc traiter successivement dans mon exposé historique :

1° La forcipressure de nécessité ;

2° La forcipressure succédané de la ligature ;

3° La forcipressure multiple et passagère, moyen adjuvant dans les opérations ;

4° La forcipressure multiple et permanente.

(A continuer.)

Du traitement du pied-bot varus,

par A. Dubreuil.

Le varus ou pied en dedans (strephendopodée de Duval) s'associe le plus souvent, on le sait, avec le pied équin, c'est-à-dire que le pied porté en dedans est en même temps fixé dans l'extension, coïncidence de position que, dans la théorie de l'origine nerveuse du pied-bot, on peut attribuer à ce que les extenseurs du pied sur la jambe et l'adducteur par excellence (le jambier postérieur), sont innervés par le même nerf, le sciatique poplité interne, ce qui a fait désigner par Bonnet le pied varus équin sous le nom de pied-bot poplité interne. La double fonction du triceps sural qui, comme l'a établi le premier Delpech, est adducteur en même temps qu'extenseur, doit aussi peut-être être prise ici en considération.

Quoi qu'il en soit, laissant de côté l'équinisme, c'est sur l'élément varus qu'on rencontre quelquefois isolé ou même associé au talus que je désire appeler l'attention.

J'aurai, chemin faisant, l'occasion d'insister sur quelques points de la physiologie du pied que Duchesne a singulièrement contribué à élucider dans son ouvrage sur la physiologie des mouvements, mais à propos desquels j'aurai cependant quelques observations à présenter.

Les éléments de la difformité qui constituent le pied varus peuvent se trouver seulement au niveau du pied ou exister aussi à la jambe. Occupons-nous d'abord de la difformité bornée au pied.

Le varus est constitué par la permanence et l'exagération d'une position désignée sous le nom impropre d'adduction. Le véritable mouvement d'adduction, celui par lequel le bord interne du pied et le pied tout entier sont rapprochés du plan médian, sans qu'il se fasse de changement dans la position relative des parties constituantes de ce segment terminal du membre pelvien, ce mouvement

se passe dans l'articulation coxo-fémorale et est naturellement accompagné d'un mouvement d'adduction du membre pelvien tout entier.

C'est aussi dans l'articulation de la hanche que se passe le mouvement par lequel le pied se porte de dehors en dedans, en décrivant un arc de cercle autour de l'axe vertical du talon représentant l'axe du mouvement, arc qui appartient à un cercle dont le rayon est représenté par la longueur du pied.

Quant au mouvement d'adduction borné au pied, le seul qui m'intéresse en ce moment, il est toujours le résultat de la combinaison de mouvements multiples. Je vais étudier ces mouvements en étudiant l'action des muscles adducteurs, et je prends ici le mot adduction dans son acception usuelle et non dans son acception rationnelle.

Ces muscles sont au nombre de trois : le triceps sural, le jambier postérieur et le jambier antérieur.

Voici l'action que des expériences que j'indiquerai ci-après m'ont conduit à reconnaître à ces muscles.

Triceps sural. — Le premier effet de la contraction de ce muscle est d'étendre le pied dans l'articulation tibio-tarsienne. A un moment donné, ce mouvement est arrêté par la rencontre du bord postérienr de l'extrémité articulaire du tibia avec la saillie qui limite en arrière la surface articulaire supérieure de l'astragale. Si à ce moment le triceps continue à agir, le calcanéum se trouve attiré en arrière d'une part, et d'autre part fixé en avant par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur qui le relie au scaphoïde.

Mais la traction du triceps continuant, elle est transmise du calcanéum au scaphoïde par le ligament que je viens de signaler. Le scaphoïde glisse alors de haut en bas sur la tète de l'astragale, en raison de la configuration de cette tête; il se dirige en même temps en dedans, et l'avant-pied est ainsi porté dans l'adduction. Le calcanéum est forcé de suivre ce mouvement, et en vertu de la disposition des facettes articulaires qui l'unissent à l'astragale, il éprouve en même temps autour d'un axe antéro-postérieur un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans. Le talon est porté en dedans, tandis que dans l'adduction déterminée par les jambiers il est dirigé en dehors.

Le calcanéum continue à se mouvoir comme je viens de l'indiquer sur l'astragale immobile jusqu'à ce que le ligament interosseux soit porté à son maximum de tension. Le triceps sural continuant encore à agir, l'astragale cède à l'impulsion de dedans en dehors qui lui est transmise par le calcanéum, et subissant un mouvement de rotation autour d'un axe antéro-postérieur, elle vient par sa facette externe presser de dedans en dehors sur la malléole externe.

Les liens fibreux qui unissent la malléole externe au tibia sont assez lâches pour permettre un certain écartement entre ces deux os, et la projection de cette malléole en dehors retentit sur toute la longueur du péroné jusqu'au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Tel est le mouvement d'adduction produit par le triceps sural, mouvement très-limité, attendu que l'adduction du pied se passe principalement dans l'articulation medio-tarsienne et que ce muscle n'agit que fort indirectement sur cette articulation.

Les deux autres muscles adducteurs dont il me reste à examiner le mode d'action, les jambiers antérieur et postérieur s'insèrent sur le bord interne du pied en avant de l'articulation medio-tarsienne.

Jambier postérieur. — Prenant en haut ses attaches sur le tibia, le péroné et le ligament interosseux, il se termine en bas par un tendon qui glisse derrière la malléole interne et va s'insérer au tubercule du scaphoïde en envoyant une forte expansion au premier cunéiforme.

Mes expériences m'ont conduit à admettre que dans son action sur l'articulation tibio-tarsienne ce muscle est extenseur du pied sur la jambe, ainsi que l'a dit Winslow, et n'a pas l'action que lui prête Duchenne, selon lequel le jambier postérieur ramènerait le pied à angle droit sur la jambe s'il le trouvait étendu ou fléchi. Il est assez difficile de concevoir comment ce muscle a pu être considéré comme déterminant à un moment donné la flexion du pied sur la jambe ; car quelle que soit la position du pied, la portion terminale du jambier postérieur, qui s'étend du point de réflexion derrière la malléole interne à l'insertion scaphoïdienne, se trouve toujours située au-dessous de l'axe de l'articulation tibio-tarsienne, et par conséquent du côté de l'extension. Or tout muscle placé du côté de l'extension est forcément extenseur. Quant au mouvement que le jambier postérieur produit au niveau de l'articulation medio-tarsienne, le voici : en se contractant il imprime au scaphoïde un mouvement de translation de dehors en dedans sur la tête de l'astragale en même temps que le tubercule du scaphoïde s'élève, en vertu d'un mouvement de rotation de cet os sur un axe antéro-postérieur.

Les cunéïformes suivent le scaphoïde dans son évolution ; le cuboïde est également attiré en dedans grâce aux ligaments qui l'unissent au scaphoïde. En se portant en dedans le cuboïde laisse à découvert en dehors une portion de la facette calcanénne avec laquelle il s'articule. Dans le cas de varus très-prononcé, le cuboïde peut dans sa migration en dedans laisser à découvert à peu près la moitié externe de la surface articulaire antérieure du calcanéum.

Mais le mouvement exécuté par le cuboïde n'est pas un simple mouvement de dehors en dedans. Nous venons de voir que le jambier postérieur imprime au scaphoïde un mouvement de translation de dehors en dedans et un mouvement de rotation de bas en haut. Sous l'influence de ce mouvement complexe qui lui est transmis par les ligaments scaphoïdo-cuboïdiens, le cuboïde, en même temps qu'il est porté en dedans, subit autour d'un axe antéro-postérieur un mouvement de rotation de haut en bas et de dehors en dedans, circonstance qui permet au mouvement d'adduction d'acquérir une amplitude plus considérable.

Si en effet sur un pied dépouillé des parties molles et dont les articulations ont été préparées, on saisit l'avant-pied et qu'on lui imprime un mouvement direct de dehors en dedans, on est bientôt arrêté par une résistance due à ce que le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur est porté à son maximum de tension. Or, en imprimant à l'avant-pied un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur qui élève le bord interne et abaisse l'externe, on relâche le ligament calcanéo-cuboïdien, et on peut porter l'adduction plus loin. Enfin le calcanéum cédant à l'action des ligaments qui l'unissent au scaphoïde et au cuboïde subit autour d'un axe vertical un mouvement qui porte son extrémité antérieure en dedans et son extrémité postérieure en dehors.

Jambier antérieur. — Inséré en haut au tibia, au ligament interosseux et à l'aponévrose jambière, le tibial antérieur donne naissance à un tendon qui passe sous le ligament annulaire antérieur du tarse pour aller s'attacher au tubercule du premier cunéiforme, en envoyant une expansion fibreuse au premier métatarsien.

Duchenne a très-bien décrit l'action de ce muscle sur la voûte plantaire et montré qu'en se contractant il détermine l'élévation du premier métatarsien et du bord interne du pied, et, par suite, l'aplatissement de la voûte plantaire.

Il est, sous ce rapport, antagoniste du long péronier latéral.

Le jambier antérieur est fléchisseur du pied sur la jambe, et de plus légèrement adducteur.

Tels sont les muscles qui concourent à l'adduction, laquelle résulte, on le voit, de mouvements complexes.

Pour étudier leur action, j'ai eu recours à des expériences faites sur le cadavre en exerçant des tractions sur le corps charnu des muscles dans la direction de l'axe de ce corps. Je me suis aussi servi de ficelles que je fixais sur les os, dans les points ou s'insère le muscle correspondant et que je faisais passer dans des gouttières artificielles analogues aux gouttières naturelles. J'ai laissé de côté l'électricité, qui présente de fréquentes chances d'erreur

en excitant des contractions dans les muscles voisins de ceux qu'on étudie.

Je viens maintenant au pied-bot varus.

Si l'on examine le squelette d'un varus congénial très-prononcé, on observe que le calcanéum et l'astragale ont subi sur leur axe vertical une sorte de torsion tendant à porter leur extrémité antérieure en dedans.

Les facettes articulaires antérieures de l'astragale et du calcanéum sont en partie à nu par suite de l'exagération du mouvement en dedans auquel ont obéi le scaphoïde et le cuboïde.

Les métatarsiens se dirigent d'arrière en avant et de dehors en dedans, de façon à former au niveau de leur articulation postérieure un angle à sinus interne.

Bonnet signale une articulation constituée par la rencontre du scaphoïde et de la malléole interne. Je n'en ai trouvé aucune trace sur les pièces assez nombreuses du musée Dupuytren.

Je n'insiste pas plus longtemps sur la disposition des os du pied qui est très-bien connue et a été, entre autres, parfaitement décrite par Bouvier, dans ses leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.

Les déviations du varus développé un certain temps après la naissance se bornent au pied, mais il n'en est plus de même pour le varus congénial qui s'accompagne le plus souvent d'une déformation survenue au niveau de la jambe ou du genou.

Sur la jambe, dans le cas de varus congénial, on observe assez souvent l'état suivant : il semble que les os de ce segment du membre pelvien aient éprouvé un mouvement de torsion autour d'un axe vertical qui a porté leur extrémité inférieure de dehors en dedans et d'avant en arrière, leur partie supérieure étant immobile. J'ai observé, il y a peu de temps, un exemple remarquable de cette malformation sur un monstre acéphalien mérencéphale présenté par M. Blot à l'Académie de médecine. Sur ce sujet la malléole péronéale dépassait notablement en avant la malléole tibiale.

Quant à la déformation dont le genou est le siége, elle est le résultat d'un mouvement de rotation du tibia en dedans et en arrière autour d'un axe vertical, le fémur restant immobile.

La rotule, maintenue de chaque côté par les ligaments latéraux qui la fixent au fémur, ne suit pas ou ne suit qu'extrêmement peu le tibia dans sa rotation. Pour bien apprécier cette espèce de torsion du genou, il faut se rappeler qu'à l'état normal la continuation de l'axe vertical de la rotule vient couper la tubérosité antérieure du tibia à très-peu près en deux parties égales. Quand le mouvement de torsion dont je viens de parler s'est effectué, ce n'est plus

sur la portion moyenne de la tubérosité tibiale que vient passer le prolongement de l'axe de la rotule, mais beaucoup plus près du bord interne et quelquefois même au niveau de ce bord.

Je dois ajouter que chez les enfants encore jeunes il est facile, en imprimant aux os de la jambe un mouvement de torsion en sens inverse de celui qu'ils ont subi, de ramener les parties en place, de façon que la tubérosité antérieure du tibia se trouve dans sa position normale.

Les deux déformations de la jambe et du genou dont je viens de parler peuvent coexister.

Il faut donc distinguer deux espèces de varus, l'un en général acquis et dans lequel la différence est bornée au pied, l'autre toujours congénial et dans lequel il y a une déformation siégeant à la jambe ou au genou. Si j'insiste sur cette division, c'est que non-seulement elle présente un certain intérêt au point de vue anatomique et symptomatique, mais offre en outre une assez grande importance sous le rapport du traitement, car dans les cas où il y a déviation de la jambe ou du genou, il ne suffit pas de traiter la lésion du pied, on doit encore, pour obtenir un résultat satisfaisant, diriger un traitement spécial contre l'état de la portion sus-jacente du membre pelvien.

Je n'ai pas à insister ici sur le traitement du pied varus dont tous les détails sont parfaitement connus, tant au point de vue des mouvements communiqués et des appareils que sous celui des sections tendineuses. Le plus souvent il suffit, en fait de ténotomie, de diviser le tendon d'Achille et quelques faisceaux fibreux et musculaires de la plante du pied, sections qui sont dirigées surtout contre l'équinisme qui accompagne dans la grande majorité des cas la déviation du pied en dedans.

Contre l'élément varus, lorsqu'il est porté à un degré très-prononcé, et que le sujet n'est plus tout jeune, on est quelquefois forcé de recourir à la section du jambier postérieur, plus rarement à celle du jambier antérieur.

Quant aux appareils propres à combattre le pied varus, ils sont nombreux et trop connus pour que j'aie besoin de les signaler.

J'ai hâte d'en venir à ceux auxquels on a recours lorsqu'existent ces déviations de la jambe ou du genou, sur lesquelles je désire appeler l'attention.

On ne doit s'occuper de ce dernier élément de la difformité que lorsque le pied est à peu près redressé et que l'on peut faire marcher le malade avec les appareils dits de contention. Si le pied seul est dévié, l'appareil de contention le plus ordinaire se compose d'une bottine réunie à deux montants latéraux arrêtés au-dessous du genou. La bottine et les montants sont réunis de telle façon que

le pied, tout en jouissant d'une liberté suffisante pour la marche ne puisse plus se porter du côté vers lequel il était dévié. Quand, au contraire, existent les déviations de la jambe ou du genou que je viens de signaler, on dispose l'appareil de contention de façon que non-seulement il prévienne la récidive de la déviation du pied, mais encore qu'il combatte celle de la jambe ou du genou.

Différents appareils, dont le premier paraît être dû à Mellet, ont été imaginés dans ce but. Sans entrer ici dans le détail de la description de ces appareils, je veux au moins exposer le principe fondamental d'après lequel ils sont construits. Ils sont du reste les mêmes, que l'on ait à combattre la torsion ou la rotation de la jambe.

Au lieu de faire agir la traction sur la jambe, ce qui serait assez difficile vu la forme de cette portion du membre, on agit sur le pied qui transmet fidèlement la traction à la jambe, et l'on a ainsi l'avantage d'accroître la longueur et partant la puissance du levier. Le pied est à cet effet chaussé d'une solide bottine. Le point fixe est pris sur le bassin au moyen d'une ceinture. Un montant en acier, passant sur le côté externe du membre inférieur, relie la bottine à la ceinture; il est brisé au niveau du coude-pied, du genou et de la hanche, mais de façon que ces articulations puissent être immobilisées au besoin. Un montant interne destiné à donner plus de solidité à l'appareil remonte jusqu'à la partie supérieure de la jambe ou jusqu'à la cuisse, et est fixé au précédent par des embrasses.

Différents procédés peuvent servir à porter le pied et partant la jambe dans la rotation en dehors. Dans le cas de déviation bilatérale, je me sers d'une ceinture, métallique dans les points où les montants viennent s'y fixer, et molle dans le reste de son étendue.

Elle est ouverte en avant et arrière. En la relâchant en avant et la serrant en arrière, on produit le mouvement en question. Cet appareil est depuis fort longtemps fabriqué par Lebelleguie.

Dans les cas où on n'a qu'un côté à redresser et partant qu'un seul montant externe, on dispose la ceinture de façon qu'elle prenne un point d'appui sur le côté opposé du bassin.

Bonnet articulait le montant avec la ceinture au moyen d'une charnière verticale placée à la partie postérieure, et écartait à volonté en avant le montant de la ceinture à l'aide d'une vis de pression.

Je n'attache aucune importance aux modifications de ces appareils, mais je tenais à mettre en relief le principe qui consiste à combattre la rotation ou la torsion de la jambe en prenant le point fixe sur le bassin et en agissant sur le pied.

Dans le cas de torsion de la jambe sur elle-même, le redresse-

ment est long et difficile, sauf chez les jeunes enfants. Il est presque toujours facile et rapide lorsque la rotation a lieu seulement au niveau du genou.

M. Th. Anger communique une observation de *luxation de l'astragale* (commissaires MM. Polaillon, Lendu et Tillaux, rapporteur).

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel,
De Saint-Germain.

Séance annuelle du 13 janvier 1875.

Présidence de M. Perrin.

M. le président prononce l'allocution suivante:

Messieurs et chers collègues,

Il est de tradition que le président, parvenu au terme de son mandat, fasse un exposé sommaire de notre situation.

Je crois pouvoir dire que l'année a été bonne pour la Société de chirurgie; ses séances ont été suivies avec zèle et assiduité : elles ont été remplies par des communications, des lectures et des discussions qui, dans leur ensemble, représentent un mouvement scientifique considérable et vraiment digne d'intérêt. Vous pourrez en juger par l'analyse qui doit vous en être faite par notre secrétaire annuel; mais ce qu'il ne vous dira pas, c'est la façon remarquable dont il a présenté le tableau de chacune de nos séances dans des procès-verbaux clairs, complets et qui resteront des modèles.

Je ne sais si c'est une illusion, mais il me semble que le mérite de vos travaux est encore rehaussé par l'esprit qui les inspire. A votre tribune, les succès et les revers de la pratique sont communiqués avec un égal empressement, dès qu'ils portent en eux un enseignement. Ici, chacun développe ses idées, exerce la critique avec cette indépendance de langage que donne la fermeté des convictions, sans jamais provoquer la moindre blessure personnelle. On sent qu'un même sentiment d'estime réciproque nous unit, et que les uns et les autres nous n'avons d'autre mobile que l'intérêt de la science et du malade.

Messieurs, un fait important s'est produit dans notre régime intérieur. Nous avons changé le mode de publication de nos travaux. Au lieu de recourir, comme par le passé, à un journal périodique, nous publierons désormais simultanément nos *Bulletins* et nos *Mémoires* dans des fascicules qui paraîtront régulièrement tous les mois. Cette transformation, désirée depuis longtemps, préparée par mes distingués prédécesseurs, réalise un important progrès; aussi a-t-elle été accueillie par l'unanimité de vos suffrages.

Ce n'est pas sans un véritable regret, toutefois, que nous avons été contraints de renoncer à la continuation de nos *Mémoires:* d'excellentes raisons plaidaient en leur faveur; mais votre esprit pratique a jugé que, malgré tout notre respect pour cet héritage de nos maîtres et de nos aînés, il fallait, avant tout, tenir à jour l'impression de nos divers travaux, ce qui n'était pas plus possible dans l'avenir que dans le passé, avec deux publications parallèles.

Malgré le surcroît de dépenses qu'entraîne nécessairement la détermination que vous avez prise, il n'en résultera aucune charge nouvelle pour notre budget, grâce à la libéralité de madame Huguier, qui, pour réaliser le désir de son mari, et honorer sa mémoire, nous a légué une rente annuelle de 1,000 francs.

Mue par un sentiment libéral, notre généreuse bienfaitrice a laissé à la Société le soin de déterminer l'emploi de cette somme, sous la réserve toutefois d'y attacher le nom du donateur. Pouvions-nous en faire un meilleur et un plus noble usage que de le consacrer annuellement à l'amélioration de nos publications? Nous espérons nous être bien pénétrés de la pensée de notre regretté collègue et ancien président Huguier, en plaçant sous son patronage une transformation qui, j'en ai le ferme espoir, marque une étape importante et décisive dans la voie de progrès suivie par la Société de chirurgie. De cette façon, nous convions à une active et impérissable collaboration un ancien collègue, qui se fit toujours remarquer par son zèle et par son dévouement à nos intérêts. L'organisation nouvelle de nos publications nous impose à tous des devoirs nouveaux. J'ai souvenir qu'au moment où m'occupant de cette question, je voulus m'assurer le concours de notre perspicace trésorier, il me répondit : « Le changement dont il est question sera certainement un progrès ; mais vous serez vite débordés si vous n'y prenez garde. »

Au cours de la discussion, notre collègue, pénétré de l'importance du but à atteindre, se garda bien de produire son objection. Mais c'est un devoir pour moi de la rappeler au moment où la décision prise par la Société doit être mise à exécution. Pour ne pas être débordés, c'est-à-dire pour rester dans des limites imposées par nos ressources, il est nécessaire plus que jamais d'imprimer

à nos séances une allure magistrale, de résister à la tentation, soit de discourir à tout propos, soit de produire à chaque occasion ce contingent de faits empruntés à des souvenirs plus ou moins fidèles, trop écourtés pour offrir de l'intérêt, assez longs, assez nombreux, pour devenir encombrants. Certes, je ne me flatte pas de convertir ceux que pourrait agiter le démon de la parole ou de la controverse, mais je demande au nom de l'intérêt commun que le comité de publications et notre judicieux secrétaire usent de leurs pouvoirs pour sacrifier le *fait parasite*, et atténuer autant que possible dans nos *Bulletins* les digressions qui seraient de nature à affaiblir l'intérêt et l'autorité de nos travaux. On ne saurait le dissimuler, il faudra bien parfois opérer des réductions et même pratiquer des amputations partielles, pour arriver à faire figurer ensemble *Bulletins* et *Mémoires*, sur ce lit de Procuste que représenteront nos bulletins mensuels. C'est à cette condition seulement que notre œuvre naissante pourra grandir et prospérer. Nous sommes assurés d'avance que les soins matériels ne lui feront pas défaut, du moment qu'ils sont confiés à M. Georges Masson, dont le zèle éclairé, l'esprit pratique et progressiste vous sont connus depuis longtemps.

Messieurs, nous avons eu la douleur de perdre cette année l'un de nos fondateurs, M. Cullerier, qu'une maladie lente et impitoyable a tenu trop longtemps éloigné de nos séances. Je saisis avec empressement cette occasion pour saluer d'un dernier regret cette nature fine et sympathique qui restera un modèle de distinction médicale. Trois membres titulaires, MM. Chassaignac, Boinet et Dolbeau sont devenus, sur leur demande, membres honoraires. Ils laissent parmi nous un vide considérable ; mais nous espérons bien qu'ils continueront dans l'avenir comme par le passé à nous apporter le concours de leur expérience et le produit de leur activité scientifique. Nous avons aussi perdu deux de nos membres correspondants, MM. Coste, directeur de l'école secondaire de Marseille, et Bardinet, directeur de l'école secondaire de Limoges ; un troisième, M. Mirault d'Angers, a donné sa démission. Vos suffrages ont appelé dans nos rangs MM. Nicaise et Terrier, au titre de membres titulaires, et MM. Pamard d'Avignon, Vast et Puel, au titre de membres correspondants nationaux.

De cette façon, l'effectif de la Société de chirurgie à la fin de l'année 1874 comprend 32 membres titulaires et 94 membres correspondants nationaux. Il reste donc 3 places de membres titulaires et 6 places de membres correspondants, destinées à entretenir le zèle et à couronner les efforts de candidats déjà connus de vous par leurs travaux, leur activité scientifique et leur désir d'appartenir à notre Société.

L'état de nos finances est des plus prospères. Les recettes se sont élevées en 1874 à 10,768 francs et les dépenses à 9996 francs, ce qui représente un excédant de 772 francs. Cette somme, ajoutée à un titre de rente de 300 francs, représente notre réserve actuelle. Je ne saurais répéter assez haut que c'est à l'ordre et à l'activité incessante de notre trésorier que nous sommes redevables de cette excellente situation. Nous aurions bien voulu lui traduire notre satisfaction en lui maintenant par nos acclamations ses laborieuses fonctions, mais des raisons personnelles l'ont empêché de céder à nos instances. Notre nouveau trésorier, M. Nicaise, continuera, nous en avons la conviction, la même tradition.

L'organisation de notre bibliothèque a été poursuivie pendant toute l'année. Sous l'impulsion de notre collègue, M. Giraud-Teulon, des corps de bibliothèque ont été placés dans la salle des commissions, conformément à la décision prise par la Société. Le catalogue ainsi que le registre des entrées et des sorties ont été régulièrement tenus par l'aide-bibliothécaire, aux soins et au zèle duquel M. Giraud-Teulon s'est plu à rendre justice devant vous.

A la suite du legs Gerdy, nous avions une double collection des thèses de Paris ; l'une d'elles, suivant le vœu émis par la Société, a été donnée à la bibliothèque des internes de la Charité.

Enfin, notre vénéré collègue, M. Larrey, dont la sollicitude pour la Société est inépuisable, lui a fait don de la collection complète des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*

M. DE SAINT-GERMAIN, secrétaire annuel, lit le compte rendu de la Société pendant l'année 1874.

Messieurs,

Chargé en ma qualité de secrétaire annuel de faire un compte rendu des travaux de la Société en 1874, je me suis trouvé, permettez-moi de vous le dire, dans un grand embarras. Tout compte rendu suppose un certain degré de critique, puisque dans ce travail on ne peut placer tous les travaux de l'année, et qu'il faut faire entre eux une sélection que je n'ai ni pouvoir ni qualité pour établir.

Votre secrétaire ne devant être, suivant moi, qu'un sténographe reproduisant aussi exactement que possible l'aspect et la couleur de vos séances, j'estime, en admettant que chaque procès-verbal ait été fidèlement reproduit, que le meilleur compte rendu serait sans contredit une table des matières.

L'usage ne veut pas cependant qu'on se borne là; votre secrétaire annuel est, aux termes du règlement, tenu de vous lire en séance solennelle le compte rendu en question. Permettez-moi donc de faire brièvement l'historique de notre année, et excusez les fautes de l'auteur.

Les travaux de 1874 commencent par un très-remarquable rapport de M. Desprès sur un mémoire de M. Duplouy relatif à la désarticulation du genou. Dans ce rapport où notre collègue s'appuie sur la statistique des guerres récentes de la sécession et la campagne de 1870, il conclut à l'égalité de gravité entre la désarticulation du genou et l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur et réserve l'indication de cette opération aux jeunes sujets. Après une série de présentations intéressantes soit de pièces, soit de malades telles que la dissection récente d'une luxation scapulo-humérale par M. Nicaise, une série de tumeurs érectiles guéries par M. Guéniot et un staphylome cicatriciel, presque total de la cornée guéri à l'aide de la trépanation par M. Panas, nous constatons deux communications des plus importantes, l'une de M. Bourguet, d'Aix sur une pseudarthrose de la cuisse guérie par des injections irritantes, l'autre de M. Duplay sur le traitement chirurgical de l'hypospadias scrotal et périnéal. Ce très-remarquable travail ouvre du reste la voie à une série de travaux sur la chirurgie des enfants. M. Guéniot nous apporte un appareil spécial en gutta-percha pour les fractures de cuisse du premier âge. M. Delore lit un mémoire sur le genu-valgum, son mécanisme et son traitement par le décollement des épiphyses. M. Verneuil fait une communication sur une urano-staphyloraphie pratiquée sur un jeune garçon de 14 ans, et M. Dubreuil, de Marseille, vient lire à la tribune un travail sur les déviations de la colonne vertébrale.

Ce n'est pas tout ; comme si la série infantile était inépuisable, M. Polaillon présente une pièce relative à une rétention d'urine produite chez un fœtus par une valvule, et votre secrétaire annuel, après un rapport sur un travail de M. Krishaber sur un cas de mort subite après la trachéotomie, fait lui-même une communication sur un procédé nouveau de bronchotomie à l'aide du cautère actuel ; je rapproche de ce fait le cas de trachéotomie par le galvano-cautère apporté quelques jours plus tard par M. Tillaux.

La chirurgie générale rentre en scène par une observation remarquable de névrome du nerf médian lue par M. Paulet au nom de M. Spillmann, et par une communication aussi intéressante que hardie de M. Lannelongue sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur compliquées de fractures du grand trochanter. Une discussion à laquelle prennent part MM. Trélat, Guérin, Panas, Verneuil et Lefort rehausse encore l'intérêt de cette lecture.

Il est certains rapports qui, par le travail et le soin qui ont présidé à leur exécution, constituent de véritables mémoires. C'est ainsi que la Société a jugé un rapport de M. Ledentu sur un travail de M. Perrier, relatif à une observation de ligature de l'iliaque externe.

L'anesthésie chirurgicale obtenue par l'association de l'opium et du chloral est l'objet d'un rapport de M. Guérin sur un travail de M. Surmay, et nous aurons à constater vers la fin de l'année une sorte de reprise de ce genre de recherches à propos de l'association du chloral et du chloroforme.

Un rapport de M. Desprès sur une note de M. Vidal sur la résection du genou, suivi d'une discussion des plus intéressantes sur la valeur de cette opération entre MM. Lannelongue, Verneuil, Paulet, Larrey, Perrin; une communication grosse d'orages de M. Cruveilhier sur le tétanos traumatique et sur son traitement par les injections de chloral dans les veines; une observation sur le même sujet lue par M. Labbé. Enfin une présentation d'enchondrome de la parotide par M. Demarquay terminent notre premier trimestre qui, ainsi que vous pouvez le voir, a été très-occupé.

Avec le 1er avril arrive la rhinoplastie qui, depuis longtemps, n'avait pas fait parler d'elle, et l'accueil qui lui a été fait par la plupart de nos collègues à la suite d'un travail fort intéressant de M. Ollier sur ce sujet ne me paraît pas de nature à l'encourager beaucoup à revenir.

Deux discussions se succèdent bientôt et donnent un nouvel intérêt à nos séances, l'une à la suite de la communication de M. Verneuil sur les fistules sterco-purulentes, l'autre sur deux cas de fistules branchiales présentés par M. Faucon; nous devons cependant intercaler entre ces deux discussions les détails donnés par M. Labbé sur le corps étranger de l'estomac que l'on sait, et les faits apportés à l'appui par M. Larrey.

Après une lecture faite par M. Tillaux, d'un mémoire de M. Cazin sur la luxation graduelle de la clavicule, l'ordre des séances amène la grosse question du traitement du tétanos par le chloral. Divers travaux se succèdent — le mémoire de M. Richelot; le rapport de M. Verneuil, la discussion très-animée qui lui succède entre MM. Panas, Larrey, Desprès, Cruveilhier, Forget et Verneuil; le rapport de M. Ledentu sur le mémoire de M. Chauvel; la relation d'une observation très-intéressante et très-concluante de M. Tillaux, et enfin pour couronner l'œuvre, la lettre de M. Oré, de Bordeaux, en réponse à l'observation de M. Cruveilhier, lue à la Société par M. Tillaux.

Ces rapports, mémoires, lettres, discussions sur ce sujet si intéressant se succèdent avec une telle rapidité qu'elles nous ont

empêché de placer en leur lieu et place un travail de M. Spillmann, sur la résection du genou, et une observation d'anévrysme faux de la pédieuse, guéri par M. Azéma à l'aide de la ligature.

La lettre de notre correspondant de Bordeaux froisse, par sa forme et par son fond, la Société, qui s'élève à l'unanimité contre les idées émises par M. Oré. Nous en aurons terminé avec le chloral et le tétanos quand nous aurons dit que M. Desprès adresse une communication à ce sujet, et qu'une intéressante discussion s'élève entre MM. Lefort, Verneuil, Boinet, et si, anticipant sur une séance prochaine, nous mentionnons le travail de M. Bourgeois, d'Etampes, sur le même sujet, avec le rapport de M. Verneuil, qui lui succède. Un travail de résistance apparaît, je veux parler du mémoire de M. Azam sur un nouveau mode de réunion des plaies d'amputation et de quelques autres grandes plaies. Il est immédiatement suivi d'une communication de M. Tillaux sur la pathogénie de la grenouillette aiguë, dans laquelle notre collègue cherche à démontrer les conditions nécessaires à la formation de la grenouillette, et le déversement du liquide salivaire dans la bourse de Fleischmann. Les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie étaient depuis quelque temps délaissés au sein de la Société. M. Panas les ramène à l'ordre du jour par la communication intitulée : *Des résultats éloignés de l'ovariotomie*. Après deux communications de M. Fleury, relatives à l'hydrocèle et suivies d'une discussion à laquelle prennent part MM. Larrey, Boinet, Lefort, Perrin, Paulet, Marc Sée et Marjolin, je signale l'anesthésie produite par la compression, question soulevée par M. Lefort, et j'arrive à l'importante discussion sur le galvano-cautère. Cette discussion, toujours maintenue à l'ordre du jour, repose cette fois sur un fait rapporté par M. Tillaux, et par lequel il veut prouver : 1° qu'on pouvait avec le galvano-cautère enlever sans une goutte de sang des tumeurs très-vasculaires ; 2° qu'on ne pouvait pour certaines opérations employer d'autre instrument que le galvano-cautère. Après une modification apportée au pansement ouaté par M. Sarazin, et une communication de M. Guérin sur les fractures du col du fémur, nous arrivons à la lecture faite par M. Verneuil d'un véritable mémoire intitulé : *Observations d'anévrysmes*, travail des plus importants où la question thérapeutique est traitée à fond, et où l'auteur cherche à démontrer qu'il faut proportionner l'énergie des agents à l'intensité du mal.

Le moment des vacances approche et le zèle de la Société ne se ralentit pas pour cela. Des présentations de pièces intéressantes, telles que celle de M. Polaillon, relative à un fœtus anencéphale, né à terme à l'hôpital Cochin, et une fracture intra-capsulaire du col du fémur, présentée par M. Ledentu, sont suivies d'un remar-

quable rapport de M. Demarquay sur un travail du docteur Launay, intitulé : *Vices de conformation des mains et des pieds.*

Dans une séance peu chargée, M. Tillaux appelle l'attention sur la valeur du triangle lumineux dans les affections de l'oreille, et à la suite d'une discussion intéressante sur ce sujet, M. Demarquay communique une observation fort curieuse de tumeur hypertrophique de la peau de la cuisse droite.

Pendant que M. Verneuil poursuit la lecture de son travail sur le traitement des anévrysmes, M. Demarquay lit la note relative au traitement de l'anévrysme poplité chez les vieillards, et conclut à l'emploi presque exclusif des procédés de douceur.

Ici, messieurs, la Société interrompt ses séances et ne les recommence qu'en octobre.

M. Duplay fait une communication intitulée : *Fragment d'os arrêté dans l'œsophage. Absence de signes certains de la présence de ce corps étranger. Mort de pleuro-pneumonie,* et M. Horteloup lit un rapport des plus intéressants sur une observation de M. Vast de Vitry, intitulée : *Désarticulation de l'épaule droite dans un cas d'arrachement complet des parties molles de l'aisselle avec décollements musculaires considérables. Guérison.*

M. Dubrueil lit un rapport sur le travail de M. Pravaz, relatif à l'emploi des lits à pression latérale dans le traitement de la scoliose, et cette lecture est suivie d'une courte discussion où plusieurs membres de la Société exposent tour à tour leurs idées au sujet de l'orthopédie. Cette discussion se complète quelques semaines plus tard à propos du rapport de M. Dubrueil sur les travaux de M. Dubreuil Chambardel, de Marseille, dirigés contre la même affection.

Nous nous écartons quelque peu de la chirurgie pure dans le rapport si intéressant de M. Horteloup sur le travail de M. Chassagnol, relatif à la combustion spontanée ; mais nous y rentrons bientôt, grâce à la lecture d'un de nos membres correspondants, M. Cazin, de Boulogne-sur-Mer, sur une hernie crurale étranglée opérée *in extremis* et guérie avec de curieux épiphénomènes. Cette lecture nous vaut du reste une communication très-remarquable de M. Verneuil sur la congestion pulmonaire dans ses rapports avec l'algidité suite d'étranglement herniaire. Cette question, discutée par MM. Ledentu et Desprès, est reprise par M. Demarquay, qui cite à l'appui de ce qu'il avance des expériences dans lesquelles l'algidité aurait toujours été en raison directe de la hauteur de l'étranglement.

Depuis longtemps déjà la question des polypes des fosses nasales n'avait pas été agitée au sein de la Société. M. Trélat la remet à l'ordre du jour par sa communication sur la variété intitulée

par lui : *Polypes des arrière-narines*, et sur leur diagnostic différentiel d'avec les polypes naso-pharyngiens.

Non contente de trouver dans son sein des éléments de discussion et d'instruction, la Société accueille par l'entremise de M. Verneuil un mémoire fort important de M. Vanzetti, de Padoue, sur l'*uncipression*, nouveau procédé pour arrêter les hémorrhagies artérielles, et un rapport de M. Duplay sur un fait appartenant à M. Pamard, d'Avignon, de concrétions calcaires formées dans les deux bourses prérotuliennes, donne lieu à des communications intéressantes de divers membres à ce sujet.

Nous nous étions naguère quelque peu éloignés de la chirurgie pure ; nous allons maintenant trouver en elle un moyen de contrôle pour un certain nombre de phénomènes physiologiques à propos de la communication de M. Demarquay, intitulée : *Recherches faites sur un malade affecté d'anus contre nature ;* et dans la même séance un fait très-curieux relaté par M. Depaul nous permet d'établir une corrélation bien nette entre le mécanisme pathologique des ruptures du cœur et des ruptures spontanées de l'utérus.

L'année n'avait pas été riche en communications relatives aux tumeurs du sein. M. Ledentu se charge de combler cette lacune en nous rapportant un fait qu'il intitule : *Variété peu connue d'engorgement de la mamelle*, et M. Verneuil fait aussitôt ressortir tout l'intérêt qui s'attache à cette communication, en lui adjoignant deux faits qui lui sont personnels et qui présentent quelques points de similitude avec le fait de M. Ledentu.

Nous avons pu voir de tout temps l'intérêt qui s'attache à l'anesthésie, aussi est-ce avec un grand intérêt que la Société a écouté le rapport de M. Lannelongue sur une note de M. Chauvel, agrégé au Val-de-Grâce, intitulée : *Note sur l'emploi de l'appareil à compression élastique d'Esmarch comme moyen d'obtenir l'insensibilité locale ;* et cet intérêt redouble lorsque, dans le même ordre d'idées, le même rapporteur fait un rapport verbal sur un travail de M. Forné, intitulé : *Contributions à l'anesthésie chirurgicale ;* il ne s'agit plus ici de l'union de la morphine et du chloroforme, mais bien du chloroforme avec le chloral. Cette alliance, vigoureusement attaquée par MM. Dolbeau, Trélat et Demarquay, demande une confirmation à de nouvelles expériences.

La province fournit son contingent de novembre dans la personne de MM. Monteils, de Mende, et Notta, de Lisieux, qui nous adressent : le premier l'observation d'un polype utérin extrait par le forceps et écrasé linéairement ; le second une note relative à une réduction de luxation ovalaire, datant de six semaines, chez un homme de trente ans, et le résumé des opérations de cataractes pratiquées

par son procédé. A propos de ce résumé, M. Giraud-Teulon fait une communication remplie d'intérêt au sujet de la même opération. La fin de l'année approche et les rapports se multiplient : rapport de M. Paulet au sujet des observations de M. Roux de Brignolles, lequel, outre l'intérêt intrinsèque qu'il présente, donne lieu à une discussion sur les mérites respectifs de la scie à chaîne, de la gouge et du maillet ; rapport de M. Cruveilhier sur un appareil à fracture de jambe, de M. Farina, de Menton ; rapports enfin sur les prix de la Société de chirurgie. Cette série est cependant interrompue par une communication fort importante de M. Tillaux, au sujet des corps fibreux de l'utérus, laquelle est suivie d'une discussion entre MM. Tarnier, Guéniot, Guyon, Desprès, Hervez de Chégoin, Polaillon, Blot, Forget et Tillaux. Signalons à la même époque une observation très-intéressante fournie par M. Dolbeau, sur une tumeur hypertrophique de la lèvre supérieure, opérée avec succès. Les rapports continuent ; nous signalons celui de M. Blot sur le travail adressé à la Société de chirurgie par M. Calmeil, et relatif à l'hypertrophie de la lèvre antérieure de l'utérus ; ceux de MM. Paulet et Nicaise : le premier sur le prix Laborie, le second sur le prix Duval. Une longue communication de M. Faucon, d'Amiens, sur les kystes synoviaux à grains riziformes, suivie d'une discussion à laquelle MM. Desprès, Boinet et Guérin prennent part. Un rapport de M. Guérin sur un cas de hernie étranglée et gangrénée, adressé par M. Surmay, et enfin une lecture de M. Dehoux sur le traitement des fractures et des plaies terminent pour la Société de chirurgie une année si bien remplie. 1874 expire en nommant son bureau pour 1875.

Tel est, messieurs, le compte rendu très-sommaire de vos travaux de cette année. Certes, un pareil sujet méritait une plume plus habile et plus autorisée. Je vous ai, en commençant, exposé mes craintes et mon embarras sur ce point.

Je ne veux pas cependant terminer sans remercier les membres de la Société qui ont bien voulu à plusieurs reprises, dans le cours de cette année, alléger par leur concours la tâche aride de secrétaire, et encourager par leurs bienveillantes approbations les efforts que j'ai pu faire pour m'en tirer de mon mieux.

M. GUYON, secrétaire général, prononce l'éloge de Huguier.

ÉLOGE DE CHARLES-PIERRE HUGUIER,

Membre fondateur et ancien président de la Société de chirurgie, membre de l'académie de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'école des beaux-arts, agrégé libre de la faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, officier de l'université.

Messieurs,

En se réunissant aujourd'hui pour rendre hommage à la mémoire d'Huguier, la Société lui doit un premier tribut. Elle doit s'empresser d'offrir à son ancien président, à l'un de ses fondateurs, le solennel témoignage de sa reconnaissance.

Organe de la Société, je m'acquitte en son nom de ce devoir; comme elle, je ressens une satisfaction bien douce, en disant devant le public qu'attire dans cette enceinte un sympathique intérêt quelle est notre gratitude pour notre nouveau bienfaiteur.

Je ne serais pas l'interprète fidèle de vos sentiments, je rendrais à la mémoire de votre collègue un hommage bien imparfait, si je n'associais à cet hommage celle qui fut la compagne admirablement dévouée de sa vie. Madame Huguier, vous le savez, s'est faite la pieuse exécutrice des pensées de son mari. L'une des préoccupations les plus chères d'Huguier avait été la prospérité de la Société de chirurgie. L'une des premières pensées de madame Huguier a été de vous offrir une importante donation, en ne vous imposant d'autre obligation que d'y rattacher le nom de son mari.

Vous aviez une entière liberté pour le meilleur emploi de cette précieuse libéralité; il a été décidé qu'elle servirait à améliorer et à étendre vos publications. Vous avez pensé avec juste raison que vous ne pouviez mieux répondre à la sollicitude dont la Société de chirurgie venait d'être l'objet.

C'est, en effet, par leurs œuvres que vivent et prospèrent les sociétés savantes; c'est par elles qu'on les juge et c'est à la valeur de leur production scientifique que se mesure l'intérêt qu'elles inspirent. A ce point de vue, la Société de chirurgie peut se permettre un sentiment de légitime satisfaction. La liste de ses bienfaiteurs est déjà riche de noms, qui sont l'honneur de notre profession.

Ce n'est pas seulement un souvenir affectueux qu'ont voulu nous transmettre nos collègues ; c'est plus encore le témoignage de leur confiance dans l'utilité de vos persévérants efforts, pour favoriser l'étude et les progrès de la chirurgie.

Nos bienfaiteurs comptent sur nous pour continuer une œuvre à laquelle ils ont consacré une grande part de leur activité scientifique.

Bienfait oblige ! aussi n'avez-vous pas hésité à chercher dans un mode nouveau de publication, depuis longtemps désiré, à réaliser pour notre Société le plus de bien possible, en vous aidant des ressources qui vous ont été offertes au nom d'Huguier.

La publication simultanée et régulière de vos séances et de mémoires de longue haleine donnera, nous l'espérons, à nos travaux une impulsion nouvelle qui tournera à l'honneur de la Société de chirurgie.

Huguier peut, d'ailleurs, être rangé au nombre de ceux qui ont le plus largement alimenté les publications de la Société de chirurgie. Vos *Bulletins* témoignent surtout de l'activité scientifique de notre collègue et de l'importance de son rôle chirurgical. Le premier volume de vos *Mémoires* renferme un court, mais important travail sur les *polypes utéro-folliculaires* et un mémoire sur les *kystes de la matrice* et sur les *kystes folliculaires du vagin*.

Cette grande monographie fut lue à la Société de chirurgie, le 5 mai 1847; elle fait, par conséquent, partie de ce premier faisceau d'œuvres chirurgicales qui servirent de base à la réputation scientifique de notre compagnie. Elle peut, à juste titre, être considérée comme l'une de celles qui méritaient le plus d'attirer l'attention et qui figurent avec le plus d'honneur dans ce recueil de *Mémoires*, auquel on n'a pu faire d'autre reproche que de ne pas fournir une publication plus rapide aux travaux que leur mérite destinait à y prendre place.

Le *Mémoire* d'Huguier sur les kystes de la matrice et du vagin offre les qualités qui distinguent les nombreux travaux de notre regretté collègue. Il est étudié d'après nature, sur des observations cliniques et sur des recherches anatomiques personnelles; de nombreuses planches reproduisent ce que l'on peut appeler les pièces de conviction; on sent à chaque page que l'auteur est fidèle au principe qu'il énonce en débutant. Il déclare, en effet, que : « si la science de la pathologie a encore quelques points obscurs à éclaircir, quelques découvertes à faire, c'est à l'observation sévère guidée par le flambeau de l'anatomie physiologique et pathologique, appuyée sur les ressources que nous offrent la chimie organique et le microscope, qu'elle en sera en grande partie redevable. » Dans ces quelques lignes est tracé un programme scientifique, auquel la chirurgie a déjà dû bien des progrès. En l'observant scrupuleusement, notre collègue a eu plus d'une fois l'occasion de démontrer que les points obscurs de la pathologie pouvaient être éclaircis et que des découvertes restaient encore à faire dans le champ si cultivé, mais hélas si vaste, de la pathologie humaine.

Ces qualités et cette méthode nous les retrouverons appliquées avec succès dans d'autres travaux dont le retentissement a été légitime et dont la place est bien faite dans la science exacte et par cela même utile.

Nous devons citer en raison même de leur importance les travaux d'Huguier sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la glande vulvo-vaginale réunis en 1850 par l'auteur dans un ouvrage intitulé : *Traité des maladies de la glande vulvo-vaginale et des divers appareils sécréteurs de la vulve.* Cet ouvrage, qui forme un volume in-4° de 400 pages, fut couronné par l'Institut.

Le même honneur fut accordé au grand travail lu à l'Académie de médecine en 1848, sous le titre de : *Mémoire sur l'Esthiomène ou le lupus de la vulve et du périnée; sur ses analogies avec celui du visage, avec l'affection désignée improprement sous le nom d'éléphantiasis des Arabes; sur ses complications et son traitement.*

C'est encore devant l'Académie de médecine qu'Huguier vint lire, en 1859, son importante monographie sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Ce travail intitulé : *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous le nom de descente, de précipitation de cet organe et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col, suivant la variété de la maladie*, constitue l'une des plus remarquables parties de l'œuvre d'Huguier. La discussion approfondie qui fut ouverte à l'Académie a bien montré, que, sans doute, l'allongement hypertrophique n'était pas l'élément anatomo-pathologique déterminant de toutes les apparitions du col à la vulve et que l'amputation du col n'en constituait certainement pas le traitement ordinaire. Mais Huguier a cité lui-même et a représenté dans ses belles planches des cas de chute complète de l'utérus sans élongation du col; il ne méconnaît pas les dangers de l'opération qu'il propose.

Quelles que soient les réserves que les faits permettent de faire au point de vue de la fréquence relative de l'allongement hypertrophique et de l'abaissement vrai; quelles que soient les réserves plus importantes encore, que légitime à un haut degré toute opération sérieuse et difficile appliquée à la cure d'une maladie, qui trouble profondément la vie mais ne compromet pas l'existence, le mémoire que nous rappelons à votre attention mérite, comme l'a écrit un juge des plus compétents[1], d'être considéré comme un des plus beaux ouvrages qui aient été produits de nos jours sur les maladies utérines. La découverte de l'allongement hypertrophique de la

[1] Courty, *Traité des maladies de l'utérus*, p. 640.

portion sus-vaginale du col est due aux recherches persévérantes de notre habile collègue.

C'est l'usage de l'hystéromètre qui avait conduit Huguier à la découverte dont nous venons de parler. Toujours préoccupé par les tendances de son esprit des questions afférentes au diagnostic, pénétré de leur importance, Huguier avait abordé dans un de ses premiers travaux l'étude de plusieurs points relatifs au diagnostic[1]. Il était donc naturel que l'étude d'un moyen propre à éclairer le diagnostic des affections utérines devint pour notre collègue un sujet privilégié : aussi, lorsqu'en 1843 deux faits importants, successivement étudiés à l'hôpital de Lourcine à l'aide de l'introduction dans la cavité utérine d'instruments explorateurs imparfaits, eurent montré que le diagnostic pouvait être ainsi perfectionné et précisé, Huguier fit construire une sonde particulière à laquelle il donna le nom d'hystéromètre, et entreprit dès lors l'étude de l'hystérométrie qu'il devait désormais continuer sans relâche.

Ce n'était pas la première fois que des instruments étaient portés dans les cavités utérines. Huguier a pris soin lui-même, dans l'important ouvrage publié en 1865 [2], d'exposer avec la plus grande impartialité la question historique relative à l'hystérométrie et au cathétérisme utérin. La sonde utérine est employée comme moyen de traitement dès la plus haute antiquité ; les observations de Hoin, de Levret, de Vigarous, de Désormeaux démontrent déjà l'importance de l'exploration intra-utérine comme moyen de diagnostic ; enfin en 1828, Samuel Lair étudie d'une manière raisonnée le cathétérisme utérin considéré comme méthode d'exploration. Huguier accorde à ce chirurgien le mérite de l'invention de ce moyen de diagnostic. Il faut cependant reconnaître que notre collègue, s'il n'a pas été inventeur, fut dans cette question un véritable novateur, un habile et ardent propagateur. L'instrument imaginé par Huguier est celui que les praticiens ont adopté, et les règles qu'il a tracées avec tant de soin sont celles qui doivent être suivies dans l'application de cette méthode d'exploration. Sans doute, des études analogues furent faites à la même époque par l'illustre accoucheur anglais que la Société de chirurgie comptait au nombre de ses membres étrangers. Mais les remarquables travaux de Simpson et ceux de Kiwish, poursuivis peu d'années après, n'enlèvent rien a la spontanéité et à l'importance des recherches de Huguier.

Le cathétérisme utérin a été considéré par Huguier, non-seulement comme un moyen de diagnostic, mais encore comme un moyen de traitement. Ce n'est pas à cette place que je recherchera

[1] Mémoire sur le diagnostic. (*Archives gén. de méd.*, 1833, t. IV, p. 185.)
[2] *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.*

si toutes les espérances de notre collègue relativement au progrès du diagnostic des maladies utérines par le cathétérisme sont absolument fondées, et si toutes les indications qu'il nous a fournies peuvent être complétement remplies.

L'appréciation des chirurgiens peut certainement varier quand il s'agit de discuter les indications de l'exploration intra-utérine ; mais elle sera unanime, s'il faut seulement reconnaître que Huguier a fourni dans l'ouvrage dont nous venons de vous parler des enseignements nouveaux et de grande importance, qui s'ajoutent à ce remarquable ensemble de travaux qui ont la gynécologie pour sujet, et qui ont été de la part de notre collègue l'objet d'un travail si persévérant.

Ce n'est pas seulement en racontant dans ses ouvrages ce qu'il avait observé, c'est encore par son enseignement oral que Huguier a contribué au développement et aux progrès si remarquables accomplis à notre époque et dans notre pays relativement à l'étude des maladies utérines. L'hôpital de Lourcine a été le premier et le principal théâtre de cet enseignement qui, pendant sept années consécutives, attira autour du jeune professeur un auditoire d'élite. Les règlements administratifs n'autorisaient que les docteurs en médecine à assister au cours de clinique professé à Lourcine. Les cartes étaient personnelles et délivrées à l'administration centrale. Un état nominatif des médecins français et étrangers autorisés à suivre les leçons de Huguier a longtemps été conservé dans les archives de l'Assistance publique. Sur cette liste soigneusement dressée par un administrateur distingué [1] se trouvaient représentées toutes les nationalités ; le nombre et la réputation de ceux qui s'y étaient fait inscrire fournissaient la preuve la plus certaine et le témoignage le plus flatteur de l'utilité et de l'importance de la clinique gynécologique de l'hôpital de Lourcine.

Il était d'ailleurs bien naturel qu'un enseignement ayant la gynécologie pour objet, professée à Paris par un chirurgien plein d'activité, qui étudiait avec ardeur toutes les questions afférentes à un sujet pour lui privilégié, eût un véritable succès. Les travaux français ont puissamment contribué à créer ou, tout au moins, à rénover l'étude de la pathologie utérine. Les ouvrages didactiques qui étudient l'ensemble de cette partie si importante de la pathologie, les monographies si nombreuses et si remarquables qui lui ont été consacrées par nos devanciers et par nos contemporains sont trop présents à vos esprits pour qu'il soit besoin de les rappeler.

Notre école obstétricale, si brillamment représentée depuis la fin

[1] M. Varenne

du siècle dernier, a fourni à ces études le plus large et le plus constant appui. Dans ces travaux et dans cet enseignement se trouvent les éléments de cette rénovation, qui a partout substitué l'observation rigoureuse des faits à des descriptions où l'imagination prenait souvent une part prépondérante, et qui a successivement enrichi l'étude des maladies des femmes de découvertes pathologiques et de descriptions d'un haut intérêt.

La découverte du spéculum, qui, malgré bien des essais antérieurs, appartient à Récamier, la vulgarisation de ce mode d'exploration, peuvent encore témoigner de l'importance des travaux de nos compatriotes. Mais nulle découverte n'a eu, sur l'ensemble de la pathologie utérine, une plus heureuse influence que la démonstration du rapport existant entre l'ovulation et la menstruation ; le beau livre de Négrier, d'Angers [1], devait donner les preuves les plus convaincantes de la réalité de ce grand fait physiologique.

Je n'oublie pas que les traditions de la Société de chirurgie de Paris veulent que les travaux de l'étranger y soient appréciés avec la même faveur et la même impartialité que les travaux français. Je n'ai donc pas la pensée d'amoindrir la valeur des œuvres des gynécologistes étrangers à notre pays. Mais il est juste que le rang légitime auquel a droit la science française soit hautement affirmé ; vous avez toujours considéré que c'était l'un de vos premiers devoirs. Il y avait convenance à remplir ce devoir, lorsqu'il s'agit d'une partie de la science à laquelle notre regretté collègue a fourni un si important et si riche tribut.

Ce n'est pas seulement à la gynécologie, à laquelle il a cependant fourni bien des recherches que je ne puis toutes signaler, que Huguier a consacré son activité scientifique. Comme tant de chirurgiens éminents qui jamais n'ont abandonné l'exercice de la chirurgie générale, tout en acquérant sur un point particulier une expérience plus entière, fruit d'une pratique étendue et de recherches scientifiques patiemment poursuivies, Huguier a su mettre à profit les enseignements sans cesse renouvelés et sans cesse nouveaux qui s'imposent, chaque jour, aux méditations du chirurgien d'hôpital.

Notre collègue avait d'ailleurs commencé par devenir anatomiste avant d'être chirurgien. Dans la période de sa vie où il s'occupa d'anatomie il avait apporté aux études de l'amphithéâtre cette même ardeur dans la recherche, ce désir d'éclairer les questions soumises à son étude, qui, souvent, lui ont donné la satisfaction de rencontrer des faits nouveaux.

[1] *Recherches sur les ovaires dans l'espèce humaine*, 1840.

Ce furent les luttes de l'école pratique qui lui donnèrent, comme à tant d'autres, l'occasion de recherches anatomiques approfondies.

Les concours d'aide d'anatomie et de prosecteur couronnés par le succès ne furent pas les seuls qu'aborda Huguier. En 1841 il prenait part à la lutte brillante qui valut à Denonvilliers la succession de Blandin.

Je ne fais que rappeler la part importante que tient l'anatomie dans les travaux de gynécologie que j'ai déjà signalés. C'est en particulier dans le *Mémoire* où sont étudiés les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme que se trouvent pour ainsi dire accumulées les recherches anatomiques. Dans ce *Mémoire*, on doit signaler en particulier la description de la glande vulvo-vaginale déjà décrite par Bartholin ; cette glande fût cependant oubliée pendant près d'un demi-siècle.

Des recherches sur l'anatomie de l'oreille, sur la corde du tympan, sur les pneumo-gastriques, sur le nerf glosso-pharyngien, sur l'hypoglosse, sur les nerfs laryngés, sur la structure du pharynx et sur plusieurs autres points importants, montrèrent que les plus grandes finesses du scalpel n'avaient aucun secret pour notre collègue. Pour n'en citer qu'un exemple, vous me permettrez de rappeler les recherches de Huguier sur les branches terminales ou linguales du glosso-pharyngien et la démonstration des filets anastomotiques qui, d'un côté à l'autre, se rejoignent et se fusionnent au niveau du *foramen cœcum*.

Aide d'anatomie en 1830, prosecteur en 1833, Huguier devenait en 1835 professeur agrégé en anatomie et décrivait dans sa thèse de concours une veine qui jusqu'alors avait échappé à l'attention des anatomistes. Cette veine relie la saphène interne et la veine poplitée avec la veine ischiatique et indirectement avec l'hypogastrique. La circulation veineuse de la jambe se trouve ainsi rattachée directement à celle du bassin. C'est une de ces anastomoses constantes et importantes, bien étudiées depuis par nos collègues MM. Verneuil et Richet, et dont l'absence supposée avait été l'objet des préoccupations de Boyer, de Dupuytren et de Gensoul dans les cas d'oblitération ou de blessure de la veine crurale. On sait que ce dernier chirurgien avait même cru devoir opposer aux blessures de la veine crurale la ligature de l'artère fémorale. Les descriptions anatomiques que nous venons de rappeler, les observations présentées à la Société de chirurgie[1] par M. Verneuil, celles que M. Richet a consignées dans son anatomie chirurgicale, ont surtout contribué à faire tomber dans l'oubli un procédé opératoire dangereux, basé sur une erreur anatomique pour la première fois redressée par Huguier.

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 217, 237, 1855.

Un anatomiste aussi passionné, servi par un scalpel aussi délié, devait faire un chirurgien plein d'habileté, admirablement apte à poursuivre les produits pathologiques dans le sein de régions dont la topographie lui était si familière, au milieu de tissus si souvent analysés sur le cadavre.

Huguier devint en effet un opérateur remarquable, souvent hardi, mais toujours maître de l'action chirurgicale, qu'il éclairait sans cesse par l'anatomie normale et par l'anatomie pathologique.

Dans l'exercice de notre art la hardiesse ne saurait être confondue avec la témérité. Celui-là seul est téméraire qui sans être absolument prêt à toute éventualité, qui sans avoir pesé toutes les difficultés, sans connaître dans ses plus petits détails le terrain où il va agir, sans avoir par un diagnostic approfondi déterminé toutes les particularités inhérentes à la position de l'ennemi qu'il va combattre, engage avec l'assurance que souvent confère un savoir insuffisant, un acte chirurgical de l'exécution régulière et sagement coordonnée duquel dépend la vie d'un malade. Huguier, qui si souvent est venu dans cette enceinte vous donner le récit de ses opérations, ne fut jamais entraîné par son habileté au delà des limites de la prudence ; volontiers entreprenant, il ne fut pas téméraire.

Les opérations sur les maxillaires inférieurs et supérieurs furent un des sujets dont il s'est le plus occupé. Vous savez, messieurs, que, par une sorte d'ironie du sort, c'est à une affection d'un des maxillaires supérieurs que Huguier devait succomber.

De ces différentes opérations sur les maxillaires, dont la plupart sont relatées dans vos *Bulletins*, je ne veux actuellement retenir que la belle opération de résection temporaire du maxillaire supérieur imaginée et appliquée par notre collègue à la cure des polypes naso-pharyngiens.

Cette brillante application des principes de la chirurgie conservatrice, au bénéfice de laquelle était entreprise une opération véritablement hardie, devait être, à l'étranger, l'objet d'une tentative d'annexion, qu'une lecture, bien digne d'obtenir tous vos suffrages, est venue complétement déjouer. Vous n'avez pas perdu le souvenir d'une note lue devant la Société de chirurgie dans la séance du 23 juillet 1873 par M. Verneuil. Cette note a trait aux résections temporaires ; elle démontre de la manière la plus péremptoire que l'idée théorique du déplacement des os maxillaires supérieurs et de leur réintégration en leur lieu primitif, après l'ablation d'un polype naso-pharyngien, appartient entièrement et absolument à Huguier.

En recourant à vos *Bulletins*, M. Verneuil a montré que le 3 mars 1852 et le 8 novembre 1854[1] Huguier avait de la manière la plus

[1] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1re série, t. II, p. 491-492, et t. V, p. 178.

explicite, à deux reprises différentes, et pour deux malades différents, émis la pensée d'une opération dont il indique même le plan, et qui aurait pour principe et pour but le déplacement des os et leur réintégration immédiate après l'ablation du polype. Dans cette même note M. Verneuil rappelle la part prise par notre honoré et cher collègue M. Chassaignac à la question des résections temporaires. C'était donc avec toute raison que M. Verneuil avait pu, dans la séance du 30 mai 1866, s'exprimer en ces termes : « Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie dans la personne de MM. Huguier et Chassaignac. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort ; leur prétention à ce sujet ne peut être justifiée. »

Cette revendication, aussi péremptoire dans le fond que modérée dans la forme, établit trop bien l'un des droits scientifiques de notre collègue, pour que j'aie pu omettre de la consigner dans cet éloge. Elle montre d'ailleurs le prix que la Société de chirurgie accorde à *la vérité dans la science* et son inaltérable confiance dans le droit scientifique, contre lequel aucune force ne saurait prévaloir.

Il n'est pas nécessaire d'examiner plus longtemps dans ses détails l'œuvre scientifique de Huguier pour avoir bien démontré que ce chirurgien fut un travailleur ardent, infatigable, toujours préoccupé de recueillir avec soin les faits qui se présentaient à son observation, ne négligeant jamais de les coordonner et de les faire connaître lorsqu'ils pouvaient être utilisés. C'est ainsi, par exemple, que les événements de 1848 lui fournissaient l'occasion de lire à l'académie de médecine une véritable dissertation sur les plaies par armes à feu. C'est d'ailleurs devant cette savante compagnie, au sein de laquelle Huguier fut appelé à siéger dès l'année 1848, que furent communiqués plusieurs de ses plus importants mémoires. On peut dire que Huguier, partagea presque entièrement les fruits de son travail, entre l'académie de médecine et la Société de chirurgie ; pendant de bien longues années il appartint à l'une et à l'autre de ces compagnies sans que dans l'une ou l'autre enceinte on ait vu se ralentir son activité scientifique.

Toujours il en fut de même dans son service hospitalier. Son exercice de chirurgien d'hôpital fut partagé entre Lourcine et Beaujon. Huguier nommé chirurgien du bureau central en 1836, devenait chef de service en 1840 à l'hôpital de Lourcine qu'il ne quittait qu'en 1847, pour passer à l'hôpital Beaujon, où l'âge de la retraite le surprit en 1866. Notre collègue était en effet de ceux que les années semblaient ne pas atteindre et qui ne s'éloignent qu'à regret de leurs occupations actives. Aussi devait-il nous être donné de revoir le chirurgien honoraire accueillir toutes les occasions

de reprendre l'activité, lorsque le service des hôpitaux venait faire appel à son zèle.

De douloureuses et pénibles occasions devaient lui être offertes et l'on aurait pu prévoir à l'avance qu'il serait au premier rang pendant les cruelles épreuves qui réclamaient le dévouement de tout le corps médical. C'est à l'ambulance des beaux-arts et aux ambulances de Saint-Augustin que Huguier exerça pendant le siége, et nous le retrouvons pendant la commune à la tête d'un service chirurgical à l'hôpital de la Charité.

Les ambulances de Saint-Augustin devaient naturellement être dirigées par le chirurgien éminent, dont le nom et les bienfaits étaient connus de tous dans ce quartier de Paris qu'habitait notre collègue. L'ambulance des Beaux-Arts ne pouvait avoir d'autre direction que celle du professeur qui, depuis l'année 1863, enseignait aux jeunes artistes l'anatomie humaine appliquée aux beaux-arts.

Huguier avait succédé dans la chaire de l'École des beaux-arts à son ancien collègue de l'hôpital Beaujon, Alphonse Robert. Huguier avait alors près de 60 ans ; mais ainsi que le disait dans le meilleur langage l'éminent directeur[1] de cette école célèbre, il s'attacha à considérer sa nouvelle situation comme le couronnement de sa carrière et se dévoua sans partage à une tâche qui n'était pas sans difficultés. Rien ne fut négligé par le professeur d'anatomie pour donner à son enseignement toute l'utilité et toute l'extension désirable. Sur ce nouveau théâtre se retrouvait avec ses mêmes qualités le chirurgien d'hôpital, le membre assidûment actif de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie. Un mode d'épreuves sûr, rapide et nouveau, fut institué pour les examens qui ont lieu à la fin de chaque semestre ; un exercice d'ostéologie maintenant obligatoire pour être admis dans les sections de peinture et de sculpture fut définitivement établi. Huguier s'attacha en outre à reconstituer et à enrichir la galerie anatomique de l'école ; enfin, de concert avec les professeurs des ateliers, et ce fut sa dernière préoccupation, il poursuivait le projet d'établir, à côté des collections formées des chefs-d'œuvre de la sculpture antique, une salle consacrée au dessin de l'anatomie.

Un mouvement spontané de gratitude a donné à la galerie d'anatomie des beaux-arts le nom du professeur Huguier. Là, d'ailleurs, comme à la Société de chirurgie, comme à l'Académie de médecine, une généreuse donation perpétue le souvenir de Huguier, et vient inviter à perpétuer aussi les exemples que notre collègue a partout donnés, à partager son amour du travail, sa passion pour les recherches scientifiques appuyées sur l'observation et les études anatomiques.

[1] M. Guillaume; discours prononcé aux obsèques de M. Huguier.

La persévérance dans le travail, l'ardeur dans la recherche furent les caractères les plus accusés de la vie chirurgicale de Huguier. Plus il avait obtenu par son travail, plus il avait à cœur d'obtenir. A l'apogée comme à la fin de sa carrière, au lieu de se reposer sur la réputation acquise et de la laisser grandir sans nouvel effort, il s'est toujours comporté comme s'il avait à se faire un nom.

L'exposé, incomplet et imparfait des travaux d'Huguier, dont je viens de donner un rapide aperçu, peut, à lui seul, faire comprendre par quels efforts, par quelle tenacité patiente, par quelle force de volonté notre collègue put arriver à se créer une position et à se faire un nom. La simple histoire de sa vie le démoutrera peut-être mieux encore ; elle contribuera certainement à rendre sa mémoire plus chère et son nom plus affectueusement honoré.

Pierre-Charles Huguier est né à Sézanne en Champagne, le 4 septembre 1804. Son père exerçait dans la petite ville la profession de marchand tapissier. Son commerce lui avait donné quelque aisance, et le modeste ouvrier avait pu ajouter à ce titre celui de propriétaire. L'année 1815 devait changer en détresse la position aisée des parents d'Huguier. La Champagne est un terrain privilégié pour l'invasion ; les immeubles de l'artisan de Sézanne furent saccagés et brûlés. Dans la petite ville natale, dès ses premières années, de même que dans la grande ville où l'avait appelé sa destinée, et au moment même où il allait y terminer sa carrière, Huguier devait assister aux désastres de la France.

Cependant le père d'Huguier s'était remis courageusement au travail; son instruction était très-élémentaire, son caractère un peu rude, ses opinions fort arrêtées. Il avait foi dans la puissance du labeur quotidien. Pour lui le travail passait avant tout, et il eut le mérite de savoir de bonne heure le faire comprendre à son fils. Mais le travail ne devait avoir d'autre but que de mettre le jeune Huguier à même d'exercer la profession paternelle. Il était nécessaire d'apprendre à lire, à écrire et à calculer, là devaient se borner toutes les études de l'enfant. « Une année doit être suffisante pour atteindre ce but, répétait le père au professeur chargé du jeune Huguier, j'en ferai ensuite un tapissier comme moi ; je vous le confie pour une année seulement : faites-le marcher vite. »

Huguier était alors d'une complexion faible et très-délicate, sa santé donnait même des inquiétudes au médecin de la famille. L'intelligence, il est vrai, n'était en aucune façon en rapport avec le physique frêle de l'enfant. Dans cette année, le jeune écolier fit preuve d'aptitudes très-heureuses, il aimait l'étude, il était donc d'une bonne volonté et d'une ardeur qui lui faisaient aisément vaincre les difficultés. Heureux de s'instruire, il eût oublié d'aller jouer avec les enfants de son âge si son professeur ne l'y eût obligé.

Le maître s'était bientôt attaché à l'élève ; d'habiles négociations furent engagées avec le père, auquel le digne professeur chercha à démontrer tous les avantages d'une éducation plus complète au point de vue même des intérêts de son industrie. Le père était bien convaincu qu'il n'était pas besoin de faire des études pour gagner de l'argent ; il céda cependant et accorda volontiers une seconde année. Lorsqu'elle fut accomplie il demanda que son fils commençât enfin à travailler et se mît en mesure de devenir un bon ouvrier.

Les forces de l'enfant n'étaient cependant pas suffisantes, et grâce à une alliance conclue avec la mère en faveur de la santé de son enfant, le professeur triompha une fois encore et fut même autorisé à compléter l'éducation de son élève. Il l'aimait déjà comme un fils, il avait résolu qu'il le mettrait à même de se servir de ses heureux dons intellectuels. L'intervention du médecin du pays permit de se rendre entièrement compte des aptitudes du jeune Huguier ; il fut bientôt décidé que notre futur collègue possédait la vocation médicale.

L'enfant avait d'ailleurs docilement suivi les conseils de son cher professeur ; il était décidé à mettre à profit l'instruction que cet homme excellent lui avait donnée avec tant de sollicitude. Le moment décisif était arrivé. Il fallait aller à Paris, le père paraissait disposé à lutter encore, et disait bien haut qu'il ne consentirait pas à un sacrifice d'argent qui pourrait à tout jamais éloigner son fils du magasin.

Il céda cependant comme il avait toujours fait, mais il posa ses conditions : « Puisque l'on t'a fait faire des études, dit-il à son fils, et que tu veux les continuer, prends ce sac et pars pour Paris. Tu as douze cents francs entre les mains, mais souviens-toi bien que c'est absolument tout ce que tu auras reçu de moi, à moins, cependant, que tu ne changes d'idées et que tu ne reviennes bientôt retrouver ton père pour travailler de son état. » Huguier n'hésita pas, et bientôt installé dans une petite chambre de la rue Pierre-Sarrazin il commença ses études médicales.

Personne de vous, messieurs, ne peut douter un instant que le chirurgien adroit, que l'anatomiste habile que vous avez connu, n'eût fait un tapissier fort distingué, et que cet art, à coup sûr utile, n'eût bénéficié de perfectionnements que n'aurait pas manqué d'imaginer l'esprit inventif du fils de l'artisan de Sézanne.

Pleins de respect pour la volonté d'un père qui eut le très-grand mérite de sacrifier ses convictions les plus arrêtées à ce qu'on lui disait être le meilleur avenir de son fils, vous serez cependant touchés de l'affectueuse opiniâtreté du vieux professeur[1] ; il vit encore,

[1] M. Fournier (il habite actuellement à Montereau).

il pleure son élève comme un fils, et sera heureux de la sympathie que vous accordez à son dévouement.

Le père du jeune Huguier ne tarda pas d'ailleurs à se convaincre que son petit pécule, administré par le jeune étudiant avec la plus parcimonieuse économie, était bien placé et qu'il fallait encourager des efforts aussi méritants. Sa droite et franche nature devait lui faire admettre que le travail, quelles que soient les conditions où on l'exerce, doit jouir de la même estime, inspirer la même confiance; que l'homme qui demande à ses facultés intellectuelles de produire tout ce qu'elles peuvent donner s'impose un labeur non moins rude que celui qui, voué au travail manuel, fait un énergique usage de ses forces physiques.

L'assiduité du jeune étudiant en médecine à remplir tous les devoirs que lui imposaient ses études empêcha l'honnête et modeste artisan de regretter longtemps ce que sa direction expérimentée aurait pu obtenir de l'apprenti.

Certes, il est désirable que l'enfant honore et suive la profession paternelle. Cette vérité, que l'on pourrait appeler sociale, a été mise en lumière et défendue par beaucoup de bons esprits. Les essors inconsidérés, qu'une éducation incomplète ou mal dirigée conduit quelquefois à tenter, doivent inspirer de légitimes résistances; l'on est en droit de craindre que celui qui s'élève, sans s'appuyer à tout instant sur le travail de chaque jour, ne succombe bientôt et ne descende au-dessous du point de départ; mais il faut louer, encourager et proposer au respect de tous l'exemple des hommes nés dans le milieu social le plus humble, qui ont su graduellement atteindre aux échelons supérieurs de la société.

Semblables aux arbres vigoureux qui ne s'élèvent qu'après avoir fixé au sein d'un sol de bonne nature de profondes racines, ces hommes d'élite n'ont rien de commun avec ces végétaux inférieurs, souvent parasites, qui naissent et grandissent dans l'ombre, et qui sortis de l'obscurité, se flétrissent et disparaissent sous l'épreuve de la lumière.

Notre profession, messieurs, dans laquelle les devoirs sont si étendus et les droits si limités, nous offre du moins ce précieux privilége de compter au nombre de ceux qui l'honorent le plus les parvenus du travail. Cela seul suffirait pour qu'elle tentât et entraînât les jeunes esprits alimentés par une intelligence vive et saine, dirigés par les généreux sentiments qui imposent à tout homme le devoir d'être utile.

Huguier avait quitté Sézanne avec l'intention bien formelle de revenir y exercer la médecine. Peut-être avait-il l'ambition cachée d'être le premier dans son village. Notre futur collègue avait compté sans le concours. Externe en 1828, il devenait, en 1828,

interne et élève de l'école pratique; il remportait en 1829 le prix d'accouchement, les accessits de clinique médicale et de médecine légale. En 1830, le concours lui donnait la médaille d'or des hôpitaux et le faisait devenir aide d'anatomie de la Faculté. En 1833, il était prosecteur. En 1835, professeur agrégé, et dès 1836 il couronnait cette belle série de succès en conquérant le titre de chirurgien des hôpitaux de Paris. En vingt années, Huguier parcourait la distance qui sépare l'externe du chef de service. Le concours l'empêcha donc de retourner à Sézanne, en le mettant en position de devenir un des chirurgiens les plus appréciés et les plus connus de Paris.

Déjà, messieurs, j'ai cherché à vous rappeler comment Huguier servit la cause de la chirurgie à l'hôpital, devant l'Académie de médecine, devant la Société de chirurgie et enfin par ses travaux. Dans sa pratique, dans son enseignement et dans ses études il fut avant tout préoccupé de l'exactitude minutieuse des descriptions. Demeuré fidèle aux méthodes et à l'esprit anatomique tout en s'occupant de chirurgie, il voulait que rien ne fut laissé dans l'ombre. « Ce qui m'afflige, disait-il souvent à ses élèves, c'est de voir commettre des négligences de détail; il n'y a pas de petits détails dans un service d'hôpital; il n'y en a pas davantage dans la science, qui n'est elle-même composée que de détails. Tout détail a son importance en vue du résultat final à atteindre, qu'il s'agisse de l'enseignement des élèves ou de la guérison des malades. »

Avec de semblables principes on comprend qu'Huguier ait mieux aimé mériter quelquefois le reproche de prolixité, que de consentir à ne pas tenir compte de tout ce que lui révélait l'observation.

On pourrait s'étonner de cette patience scrupuleuse dans l'étude et dans l'application pratique, lorsque l'on a connu notre collègue. La vivacité de sa nature se traduisait dès le premier abord par l'animation de son langage et de sa physionomie; ses gestes et sa démarche étaient rapides; la discussion l'attirait et la contradiction ne le trouvait jamais résigné.

Huguier avait conservé l'apparence délicate et frêle qui avait préoccupé ses parents pendant toute son enfance; cette gracilité se montrait particulièrement dans la conformation de la main qui était remarquablement petite et régulière.

Notre collègue n'était d'ailleurs pas insensible aux avantages que lui procurait, au point de vue chirurgical, ce privilége de la nature.

Néanmoins sa santé, ses forces et son activité ne lui laissaient rien à désirer; son ambition satisfaite, ses efforts persévérants récompensés, des honneurs légitimement accordés firent sa carrière heureuse et prospère.

Son bonheur fut surtout assuré par les qualités éminentes qu'il trouva réunies dans la compagne de sa vie, Madame Huguier fut la confidente des pensées de son mari et les a réalisées avec le plus grand cœur et le tact le plus délicat, par les bienfaits transmis à l'Académie de médecine, à l'École des beaux arts et à la Société de chirurgie. Privée d'enfants, elle a voulu, que même de son vivant, la science à laquelle s'était consacré son mari eût toujours place dans sa famille, et que le nom d'Huguier se perpétuât dans les sociétés et les institutions savantes auxquelles il avait appartenu, entouré de respect et d'affection.

Noble et grande consolation que celle du bien continué et perpétué dans le même esprit, dans la même communion d'idées et de pensées ! Cette consolation s'ajoute à toutes celles que peuvent donner le souvenir de la vie la plus méritante et le souvenir douloureux et cher de longues souffrances supportées avec la plus patiente résignation, combattues avec le plus calme courage. Huguier, atteint d'un mal terrible, voulut se soumettre aux opérations les plus cruelles; il ne pouvait douter de l'opiniâtre incurabilité de la lésion, mais il considérait la lutte contre la maladie comme un devoir.

Il succomba au moment où il pratiquait lui-même son pansement journalier; la vie l'abandonna brusquement avant que son courage eut un instant faibli.

PRIX.

M. le secrétaire annuel proclame le nom des lauréats de la Société de chirurgie pour 1874.

Prix de la Société de chirurgie.

Prix pour 1874.

PRIX DUVAL.

Le prix est décerné à M. le Dr Raoul Hervey pour sa thèse intitulée : *Application de l'ouate à la conservation des membres.*

Des mentions honorables sont accordées à M. Ch. Cauchois, pour sa thèse, intitulée : *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires;*

A M. Thorens pour sa thèse intitulée: *Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital.*

PRIX LABORIE.

Le prix Laborie est décerné à M. le Dr Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour un travail intitulé : *Recherches clini-*

ques et expérimentales sur l'Ischémie chirurgicale, par la méthode d'Esmarch.

Des encouragements de 500 francs sont accordés à M. le Dr Ancelet, de Hailly-sur-Aisne, correspondant national de la Société pour un travail intitulé : *Étude sur la môle hydatoïde ;*

Et à M. Pasturaud, interne des hôpitaux de Paris, pour un travail intitulé : *Étude sur les cals douloureux.*

Prix pour 1875.

1° PRIX DUVAL.

Ce prix récompensera la meilleure thèse de chirurgie publiée en France pendant l'année 1875.

Ne peuvent concourir que les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Autant que possible les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Deux exemplaires des thèses destinées à ce concours doivent être adressés à la Société avant le 1er novembre 1875.

2° PRIX LABORIE.

Pour 1875, d'après les dispositions réglementaires, la Société a dû désigner le sujet du prix Laborie :

Établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne.

Les concurrents qui prendront part à ce concours devront déposer leurs manuscrits avant le 1er novembre 1875.

Les mémoires manuscrits écrits en français, en anglais, en allemand ou en latin devront être accompagnés d'une devise et d'un pli cacheté indiquant le nom de l'auteur.

3° PRIX GERDY.

Le sujet désigné par la Société pour 1875 est le suivant :

De l'action de l'air sur les plaies, au point de vue historique et doctrinal.

Les concurrents qui prendront part à ce concours devront déposer leurs manuscrits, dans la forme déjà prescrite, avant le 1er novembre 1875.

Séance du 20 janvier 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

M. Panas offre à la Société, de la part de l'auteur, un ouvrage intitulé : *La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi*, par le Dr Hippolyte Mireux, de Marseille.

M. de Saint-Germain offre, de la part de l'auteur, un mémoire intitulé : *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*, par le Dr Mauriac.

Communications.

M. Prestat, membre correspondant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, en présentant un malade atteint de tumeur du scrotum, fait la communication suivante et demande l'avis des membres de la Société, relativement au traitement à mettre en usage:

Le sieur D..., maçon, âgé de 60 ans, d'un tempérament lymphatique, a, depuis douze ans environ, été atteint d'orchites qui ont envahi d'abord le testicule droit, puis le gauche. Ce dernier, sans revenir à son volume normal, est resté stationnaire depuis huit ans et ne gêne pas le malade.

Quant au testicule droit, qui motive la présentation de ce malade, il augmenta assez de volume pour qu'en 1868 il eût déjà dans son grand diamètre 13 centimètres sur 10 de largeur. J'avais dès cette époque engagé D... à faire le sacrifice d'un organe dont la lésion, malgré un traitement à l'iodure de potassium *intus et extra*, ne faisait qu'augmenter.

Pendant six ans environ, je n'eus pas occasion d'examiner de nouveau la tumeur, lorsqu'il y a quelques semaines le sieur D... me fit demander.

A la suite de fatigues et notamment d'efforts faits pendant plusieurs jours pour fendre et scier du bois, la tumeur avait brusquement augmenté de volume, était devenue douloureuse et avait amené un état fébrile.

Le repos, des cataplasmes émollients et narcotiques calmèrent ces épiphéonomènes, et D... rentra dans son état ordinaire.

Cette tumeur, qui occupe le côté droit des bourses, présente aujourd'hui les proportions suivantes :

Dans sa plus grande circonférence elle à 63 centimètres. Le cordon a environ 4 centimètres de largeur. La circonférence horizontale de la tumeur au-dessous du testicule gauche a 53 centimètres. Le poids en est considérable et je crois qu'on peut l'estimer de 5 kilogr. 1/2 à 6 kilogrammes.

La peau du scrotum est distendue, amincie et parcourue par un réseau veineux très-développé.

La tumeur est indolente, mais un peu sensible à la pression. Au côté externe existe, en haut, une fluctuation, indice d'un liquide abondant, épanché dans la tunique vaginale, qui d'après le dire du malade, se serait produit il y a quelques semaines et aurait beaucoup contribué au brusque développement de la tumeur. Dans tout le reste de sa surface, on sent la membrane albuginée, devenue dure, résistante, sauf sur quelques points, et fortement tendue sur les tissus qu'elle contient.

La peau de la verge a été en partie attirée, mais il en reste assez pour que la moitié antérieure de cet organe fasse saillie. Malgré cela, vers la fin de la miction, si le malade n'y fait pas attention, quelques gouttes d'urine coulent sur la tumeur.

Le malade n'a plus que des érections incomplètes et jamais d'éjaculation.

Malgré son volume et son poids, cette tumeur n'avait pas empêché D... de vaquer à ses affaires et de faire des courses de cinq à six kilomètres, bien que la marche lui fût rendue un peu pénible par une luxation ancienne du pied gauche, luxation compliquée de plaie et de fracture de l'astragale, dont la poulie complétement détachée a été enlevée par moi il y a environ vingt-cinq ans.

D... soutenait ses bourses au moyen d'un mouchoir attaché à une ceinture autour des reins. Aujourd'hui, comme le volume et le poids de la tumeur ont augmenté, il supporte le mouchoir avec une courroie qui passe sur les épaules.

Je pense que cette tumeur est de nature strumeuse avec des points ramollis; qu'elle ne menace pas de devenir jamais cancéreuse, mais que son poids et son volume sont assez gênants pour constituer une indication pour l'ablation de cet organe.

MM. MARJOLIN, LARREY, LANNELONGUE, PAULET, DUBRUEIL et LEFORT prennent successivement la parole pour conseiller l'ablation de la tumeur, qu'ils s'accordent à considérer comme bénigne, en raison de la lenteur de son développement, de l'intégrité et du défaut de l'adhérence de la peau, de l'absence d'engorgement ganglionnaire et du bon état de la constitution. MM. Paulet et Lefort rappellent des cas analogues observés par eux et terminés par la guérison. M. Lefort avait pratiqué, avant de faire l'extirpation de la tumeur, deux ponctions pour en diminuer le volume.

Lectures.

M. Guéniot lit la note suivante sur l'ablation des corps fibreux de l'utérus.

Sur une simplification opératoire, applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus.

Entre la matrice gravide et la matrice affectée de fibrome, il existe une analogie frappante, déjà depuis longtemps signalée. L'augmentation de volume de l'organe, le développement de ses fibres musculaires et de ses vaisseaux sanguins, l'apparition fréquente d'un bruit de souffle dans ses parois, enfin la manifestation d'une contractilité puissante, destinée à expulser le corps étranger, constituent tout une série de phénomènes qui sont communs aux deux états précités.

L'analogie dans le contenu, quoique moins accusée que celle qu'on observe dans le contenant, mérite aussi d'être particulièrement remarquée. Lorque le fibrome est pédiculé, il présente, en effet, au double point de vue anatomique et fonctionnel, plusieurs traits évidents de ressemblance avec le produit de la conception. Ainsi le néoplasme, de même que le fœtus, offre une consistance solide et des dimensions qui, presque toujours nécessitent, pour son expulsion, l'effacement et la dilatation préalables du col de la matrice. Comme le fœtus encore, il se trouve d'ordinaire isolé de la paroi utérine par un espace (réel ou virtuel) plus ou moins étendu, et ne puise dans l'organe ses éléments de nutrition qu'à travers un étroit pédicule.

Enfin, s'il s'agit d'extraire artificiellement le fœtus ou de pratiquer l'ablation d'un polype, il n'est pas jusqu'aux procédés opératoires qui n'offrent parfois, dans l'un et l'autre cas, des particularités tout à fait comparables. Par exemple, le forceps *obstétrical* n'est-il pas souvent employé pour entraîner au dehors les gros polypes ? Et le *céphalotribe* n'a-t-il pas été différentes fois utilisé pour broyer sur place ces corps parasitaires ? D'une autre part, dans l'opération de la décollation du fœtus, c'est-à-dire lorsque, celui-ci étant mort en présentation du tronc, la rétraction tétanique de la matrice oblige l'accoucheur à le fragmenter, n'est-il pas de règle d'abaisser autant que possible la région cervicale, à l'aide de tractions faites soit sur le bras, soit directement sur le cou lui-même ? Or, dans les excisions de polype, c'est aussi un précepte généralement suivi que d'attirer avec de fortes pinces la tumeur vers la vulve, afin de rendre son pédicule plus accessible aux instruments. Bien plus, les moyens ordinairement usités pour effectuer la section se trouvent être, dans les deux cas, exactement les

mêmes et consistent, tantôt dans l'emploi de longs ciseaux, tantôt dans la striction d'une anse coupante, telle que celle du serre-nœud ou de l'écraseur linéaire.

Si j'ai rappelé devant la Société ces diverses analogies, c'est que la simplification opératoire, dont je désire l'entretenir, dérive en droite ligne du mode d'application du forceps *dans la cavité utérine*, et qu'ainsi leur exposé m'a paru constituer une introduction toute naturelle à mon sujet.

On sait que certains fibroïdes, après avoir provoqué de nombreuses hémorrhagies, finissent par franchir l'ouverture de la matrice et par s'avancer jusque vers l'orifice vulvaire. Si le polype est volumineux, le vagin se trouve de la sorte entièrement obstrué et les attaches de la tumeur se soustraient à toute exploration directe. De là, au point de vue du diagnostic, des difficultés spéciales et, pour le chirurgien, une grande perplexité relativement à l'opération. Dans un cas de ce genre, je dus pratiquer la section, presque à l'aventure, en plein tissu morbide ; et dans un autre, je jugeai prudent de renoncer à toute tentative d'excision. Le fait si intéressant et si démonstratif, que nous a présenté M. Tillaux, est d'ailleurs encore trop récent pour qu'il soit nécessaire de m'appesantir sur ce point.

C'est en raison de ces difficultés diagnostiques et opératoires que, contrairement à l'opinion de notre vénérable collègue, M. Hervez de Chégoin, je ne puis accepter qu'une longue expectation, beaucoup de patience et d'atermoiement soient de bonne pratique dans le traitement chirurgical de certains fibroïdes. Pour les tumeurs inopérables, oui sans doute, c'est là l'unique conduite à suivre. Mais, à mon avis, il ne saurait en être de même pour celles que nous trouvons accessibles à l'action des instruments. Trop attendre, en pareil cas, c'est s'exposer à subir les inconvénients que je viens de signaler. Au contraire, intervenir de bonne heure (toute précipitation mise à part), c'est épargner à la malade une longue suite de souffrances et d'hémorrhagies, en même temps que se procurer à soi-même une plus grande sécurité opératoire.

Mais que doit-on entendre par ces mots : *tumeur accessible à l'action des instruments ?* Il importe que cette condition du polype soit ici nettement déterminée.

On admettra volontiers, je pense, comme un fait indiscutable, que plus le vagin et la cavité pelvienne restent libres, plus aussi les opérations qui intéressent la matrice se trouvent être relativement faciles. Dans la pratique obstétricale, cette vérité est souvent mise en évidence lorsqu'il s'agit de manœuvrer au-dessus du détroit abdominal ou dans le haut de l'excavation. Au contraire, qu'une partie notable du fœtus ou une tumeur quelconque occupe la voie,

l'opérateur en éprouvera une gêne proportionnée au degré de l'obstruction. Or, dans l'état de vacuité de la femme, il en est exactement de même pour les cas qui relèvent de la chirurgie proprement dite. Les polypes fibreux, en particulier, rentrent complétement dans l'espèce.

Comment donc une opinion, sinon opposée, du moins assez différente, a-t-elle pu prévaloir, *en fait*, dans la pratique des opérations dirigées contre ces tumeurs ? Pourquoi, en d'autres termes, avant de tenter l'excision d'un fibroïde, veut-on généralement que celui-ci ait pénétré d'une certaine longueur dans le vagin ? Sans aucun doute, c'est dans l'idée que la tumeur, étant ainsi plus accessible, sera plus efficacement saisie et entraînée vers la vulve ; c'est aussi, pense-t-on, parce que ses attaches auront subi un réel amincissement et que, se rapprochant de l'extérieur, elles deviendront par cela même plus faciles à sectionner. Dans l'opinion commune, le vrai temps d'élection, le moment opportun pour exécuter l'opération, est donc celui où la tumeur occupe une portion plus ou moins notable de la cavité du vagin. Eh bien, quoique fondée à certains égards, je n'hésite pas à dire que cette manière de voir est passible de graves objections.

En effet, lorsque le polype approche peu à peu de la vulve, ce n'est point en vertu d'une descente en masse de la tumeur, mais bien en raison du développement graduel de son volume ; de telle sorte que, si son extrémité libre s'avance vers l'extérieur, ses attaches n'en conservent pas moins la même élévation. D'une autre part, tout en admettant que le fibroïde puisse être alors mieux saisi et plus sûrement abaissé, on ne saurait contester que sa présence dans le vagin rendra nécessairement l'accès du pédicule plus difficile et, par conséquent, annihilera en grande partie l'avantage qu'on se flattait d'obtenir. Je n'ignore pas qu'en attirant la tumeur complétement au-dehors, on peut d'ordinaire parer à l'inconvénient ; mais c'est là une manœuvre violente, quelquefois fort dangereuse et qui n'éclaire pas toujours avec sûreté la main de l'opérateur. Le cas relaté par notre collègue, M. Tillaux, en témoigne suffisamment.

De cet examen critique, il me semble permis de conclure, que le chirurgien trouverait un réel profit à ne pas différer l'ablation aussi longtemps qu'on a coutume de le faire. Les tumeurs encore renfermées dans la matrice sont, en effet, susceptibles d'être excisées par broiement linéaire, avec une facilité au moins égale à celle que nous connaissons pour les tumeurs qui ont envahi une portion du vagin ; et je ne crains pas d'avancer, que souvent on pourrait agir, dans le premier cas, avec une sécurité plus grande que dans le second.

Pour moi donc, alors même que le polype se trouve encore totalement inclus dans la cavité utérine — pourvu que celle-ci offre une certaine dilatation de son ouverture, — je considère la tumeur comme étant, en général, parfaitement accessible à nos moyens d'excision. La suite de ce travail suffira, je pense, à démontrer la justesse de cette manière de voir ; car le but de ma communication est précisément de montrer qu'à l'aide d'une simplification dans la pratique de l'opération, on peut atteindre, d'une façon relativement facile, les attaches d'un fibroïde situé à une telle profondeur.

Voici maintenant en quoi consiste la simplification opératoire dont il s'agit. Deux points principaux la caractérisent ; ce sont :

1° La suppression de l'abaissement préalable soit de la tumeur, soit de la matrice ;

2° L'application, sur l'extrémité adhérente du polype, d'une anse métallique solide, que l'on porte à l'aide du constricteur[1] jusque dans la matrice, en suivant, à cet effet, le mode d'introduction des branches du forceps dans la cavité de cet organe.

La première de ces modifications se comprend assez d'elle-même; elle n'exige évidemment aucun commentaire.

Quant à la seconde, il convient, pour la réaliser, de procéder comme il suit. L'anse du constricteur étant inclinée sur la tige suivant un angle approprié (généralement d'environ 120 degrés), on manœuvre ensuite l'instrument à la manière d'une branche de forceps. A cet effet, portant deux doigts dans le vagin jusqu'au contact du polype, on les introduit de la longueur d'une demi-phalange au moins, entre ce dernier et l'orifice utérin ; puis, le long de ces doigts pris pour guides, on fait glisser l'anse métallique jusqu'à l'ouverture de la matrice. Arrivée à ce point, l'anse doit être dirigée de façon que son sommet s'engage, dans l'utérus, par le côté opposé à celui qu'occupaient les doigts. Ceux-ci, en effet, se déplacent momentanément pour favoriser cet engagement. L'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constricteur. Les deux doigts intra-vaginaux étant ensuite ramenés à leur première position, le chirurgien fait pénétrer entre eux et le polype la racine de l'anse en même temps que la tige du serre-nœud. De cette façon, ta tumeur s'engage par son extrémité dans l'anneau métallique ; et il suffit alors, pour arriver à son attache, de pousser avec douceur l'instrument jusqu'au fond de l'utérus. Le pédicule se trouve ainsi entouré de la corde métallique, et celle-ci en effectue, par le jeu du constricteur, la section complète.

[1] Il s'agit ici du constricteur de Maisonneuve, tel qu'on le trouve fabriqué par la maison Charrière et Collin.

Afin d'assurer le succès de l'opération, il est encore certains détails d'exécution que l'on doit s'appliquer à réaliser. Ainsi :

1° On facilitera l'introduction du serre-nœud jusqu'au point qu'il doit occuper, en faisant immobiliser la matrice à l'aide d'une légère pression sur le fond de l'organe.

2° On aura soin de faire correspondre, autant que possible, le sommet de l'anse au côté de l'utérus sur lequel il est reconnu que s'implante la tumeur ; par conséquent, la tige de l'instrument devra être introduite du côté opposé.

3° Le constricteur de Maisonneuve sera préféré à tout autre, parce que, mieux que les autres, il permet de porter jusque dans l'utérus l'anse métallique avec le degré voulu d'inclinaison ou de flexion sur la tige. Or, ce degré doit être nécessairement variable suivant le point d'insertion du polype dans la cavité de la matrice.

4° Afin d'éviter les hémorrhagies, il convient de n'effectuer la section qu'avec lenteur ; de plus, l'anse métallique doit être formée de cinq ou six fils étroitement tordus, de façon à constituer une corde résistante, homogène et d'un diamètre d'au moins trois millimètres.

5° Enfin, au lieu de deux doigts, la main entière sera quelquefois nécessaire pour guider l'instrument et engager l'anse autour du polype.

Si je ne m'abuse, certains avantages importants se trouvent liés à l'emploi de ce mode opératoire. En procédant comme il vient d'être dit, on peut en effet intervenir de bonne heure et prévenir ainsi l'inversion partielle de l'utérus, de même que l'épuisement de la malade ; par la suppression de l'abaissement artificiel de l'utérus et de la tumeur, on évite à la patiente et les douleurs que provoquent des tractions énergiques, et les inconvénients d'une élongation brusque des attaches de la matrice ; enfin, on se met à l'abri d'un accident opératoire possible : la perforation des parois utérines introversées par le polype.

Mais pour exécuter l'opération suivant les données qui précèdent, il est nécessaire — ai-je besoin de le dire — que la tumeur s'offre dans certaines conditions ; car tous les polypes inclus dans la matrice ne ressortissent pas à la chirurgie active. Pour être applicable, le mode opératoire dont il s'agit exige, en effet : 1° que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté, c'est-à-dire que son diamètre permette, sans effort dangereux, le passage de l'anse et de la tige du serre-nœud ; 2° que la matrice n'offre aucune dépression soit de son fond, soit de ses parois, qui puisse faire craindre l'existence d'une inversion partielle ; 3° que le diamètre de la tumeur n'excède pas celui de la cavité vaginale, à travers laquelle l'instrument doit d'abord cheminer.

Moyennant ces dispositions, je le répète, l'ablation des polypes encore contenus dans l'utérus est une opération parfaitement exécutable avec sécurité et succès. A l'appui de ce que j'avance, voici une observation significative qui me paraît intéressante à plus d'un titre, et pour la rédaction de laquelle M. le Dr Niderkorn, médecin de la malade, a bien voulu me fournir divers renseignements utiles.

Polype fibreux de la matrice, implanté profondément dans la cavité de l'organe. Accidents hémorrhagiques et fébriles très-graves. Ablation totale de la tumeur à l'aide du constricteur (modification opératoire). Cessation immédiate des accidents ; guérison.

Le 11 juin 1874, de concert avec mon ami, le Dr Niderkorn, j'examinai une de ses clientes qui était très-affaiblie par des hémorrhagies répétées, ainsi que par de la fièvre et des crises violentes de douleur utérine. Ces accidents, de date assez récente, étaient dus à la présence d'un polype dont l'extrémité, depuis quelques jours, avait franchi le col de la matrice.

La malade, madame M..., habitante de Batignolles, était âgée de 60 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament nerveux très-accentué. Elle se montrait extrêmement inquiète de son état et réclamait, à tout prix, un traitement qui mît fin à ses souffrances. Sa santé, habituellement bonne, n'avait été altérée ni par ses accouchements (au nombre de quatre), ni par la ménopause qui avait eu lieu à l'âge de 54 ans. Mais, trois années plus tard, le sang avait paru de nouveau avec une sorte de régularité et sans douleur : la quantité et la durée de l'écoulement rappelaient tout à fait celles des époques menstruelles, et les retours s'effectuaient à intervalles d'un mois, de six semaines ou de deux mois.

En janvier 1873, un changement s'était produit ; cette fois, la perte sanguine avait été précédée d'une perte aqueuse abondante, et accompagnée de quelques douleurs lombaires en même temps que de légères coliques au bas-ventre. Dans le cours de l'été suivant, une crise semblable était apparue ; elle se manifesta une troisième fois en mars 1874. Enfin, pendant le mois d'avril, l'hémorrhagie étant devenue incessante, la malade très-affaiblie fut obligée de garder le lit. Malgré ce soin et l'usage de l'ergot, la perte néanmoins continua, en mai, avec des douleurs expulsives d'une extrême intensité.

C'est dans cet état d'épuisement que je trouvai la malade. Depuis une douzaine de jours, M. Niderkorn avait fait tenir en permanence des vessies de glace sur le bas-ventre. Grâce à cette médication, les douleurs avaient presque disparu, et l'hémorrhagie se trouvait réduite à un léger suintement sanguin. Mais il existait, par contre, une fièvre intense ; le pouls dépassait 120 à la minute et le thermomètre marquait 38°5, après avoir souvent atteint 41°. De petits frissons, dus vraisemblablement à l'emploi de la glace, se répétaient irrégulièrement plusieurs fois par jour.

Voici maintenant ce que l'exploration locale me permit de constater. Le col utérin, complétement effacé, n'est plus représenté que par un simple orifice à bord mince, et situé en arrière à une assez grande hauteur. Cet orifice offre un diamètre d'environ trois centimètres ; il est occupé par une tumeur qui proémine d'un centimètre dans le vagin. A ses divers caractères, c'est-à-dire à sa consistance ferme, à son insensibilité, à sa forme et à ses rapports anatomiques, de même qu'à son aspect grisâtre noté par M. Niderkorn dans une application antérieure de spéculum, cette tumeur ne nous laisse absolument aucun doute sur sa nature : il s'agit d'un polype fibreux de la matrice. En pénétrant dans la cavité utérine, aussi haut que le doigt puisse atteindre, on reconnaît que le fibroïde va grossissant peu à peu à mesure qu'on se rapproche de sa partie supérieure. Mais sa base ne peut être perçue, non plus que son point d'attache, qui paraît correspondre à la région latérale gauche et postérieure de la matrice. On mesure ainsi une longueur d'environ cinq centimètres de la tumeur. Celle-ci est légèrement mamelonnée à sa surface, et sa forme est celle d'un cône à pointe dirigée vers le vagin,

La matrice est au moins triplée de volume ; une mensuration faite antérieurement avec l'hystéromètre a donné, pour longueur de sa cavité, plus de dix centimètres. Le développement et la sensibilité de l'abdomen rendent l'organe difficilement explorable par l'hypogastre. Toutefois, on parvient à constater assez nettement qu'il n'existe aucune dépression de sa surface, aucune inversion de ses parois.

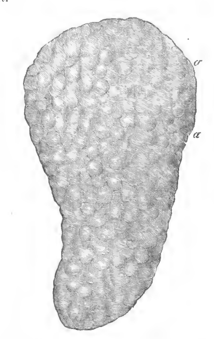
La malade se trouvant dans de telles conditions, nous décidâmes, M. Niderkorn et moi, de supprimer l'usage de la glace, de surveiller avec un tampon tout préparé l'écoulement sanguin de l'utérus, et enfin, de différer l'ablation de la tumeur jusqu'au jour où la fièvre serait moins violente et l'état général moins compromis.

Le 27 juin, cette amélioration nous ayant paru suffisante, nous procédâmes sans délai à l'opération.

Le rectum et la vessie étant vides, la patiente fut mise en situation. L'anesthésie chloroformique, jugée inutile, ne fut point pratiquée. J'inclinai, sur le côté droit de la tige, l'anse du constricteur Maisonneuve, de façon à produire en ce point une courbure accentuée de l'instrument (angle d'environ 120 degrés). Deux doigts de la main gauche furent alors portés sur l'orifice utérin et servirent de guide au serre-nœud, que j'introduisis à l'aide de l'autre main, pendant que M. Niderkorn, pressant sur l'hypogastre, immobilisait la matrice. Je parvins sans difficulté à engager le sommet de l'anse, sur le côté gauche du polype, jusque dans la cavité de l'utérus. Bientôt, sans aucun effort, et par un mouvement léger de bascule, analogue à celui qu'on fait exécuter aux branches du forceps, la racine de l'anse et la tige elle-même pénétrèrent à travers l'orifice utérin sur le côté droit de la tumeur. Celle-ci, de la sorte, se trouva complétement entourée par l'anneau constricteur. Poussant ensuite avec douceur l'instrument dans la profondeur de la matrice, je le fis cheminer d'environ 10 centimètres, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'extrémité de la tige atteignît le

voisinage du fond ou le fond même de l'organe. Je fis alors jouer l'instrument avec lenteur. Au bout d'un quart d'heure, la corde métallique ayant cessé de mordre, je retirai le serre-nœud.

Quelle ne fut pas ma surprise en voyant que l'anse, au lieu de s'être épuisée dans la gouttière de la tige, avait conservé presque toute son ampleur (laquelle était primitivement d'environ 5 centimètres) ! Rien n'avait été sectionné ; la tumeur demeurait en place et l'opération était à recommencer. La cause de cette mésaventure dépendait du glissement des attaches de la corde sur le crochet du tracteur. J'avais cru ces dernières suffisamment solides ; mais la tumeur, résistant à l'étreinte de l'anse, avait fait dérouler les extrémités de la corde autour du crochet ; et c'est ainsi que la vis du tracteur avait pu fonctionner pendant un quart d'heure, sans que le diamètre de l'anse se fût sensiblement réduit.



Polype fibreux de la matrice. — *aa*, son point d'attache sectionné par l'anse du serre-nœud. (*Figure de grandeur naturelle.*)

Après m'être bien assuré contre la possibilité d'un nouveau glissement, je repris incontinent les divers détails de l'opération en procédant de la même manière que la première fois. L'introduction de l'anse dans la matrice et le placement du constricteur au point voulu s'effectuèrent avec une grande facilité. Je fus surpris moi-même de la rapidité de la manœuvre ; en un instant le polype se trouva étreint de nouveau, et cette fois d'une façon efficace, car moins d'un quart d'heure suffit pour obtenir la section complète de son pédicule. J'exer-

çai quelques tractions sur la tumeur, et celle-ci, franchissant l'orifice utérin, arriva au dehors telle que la figure ci-jointe la représente.

Les préparatifs de l'opération et l'opération elle-même avaient duré, dans leur ensemble, à peu près une heure. Il y eut à peine 30 grammes de sang perdus. La malade ne ressentit à proprement dire aucune douleur, mais seulement une fatigue notable déterminée par la position.

Quant aux suites, elles furent des plus simples et des plus heureuses. Aucune perte ne reparut ; la fièvre tomba ; l'appétit et le sommeil revinrent ; bref, toutes les fonctions troublées se rétablirent promptement. Dès le 9 juillet (douze jours après l'opération), la réparation commençait à s'accentuer dans l'état général ; et aujourd'hui (janvier 1875), la santé de madame M... se trouve être meilleure qu'elle ne fut jamais depuis plus de dix ans.

De forme régulièrement conoïde, rosée presque sur tous ses points et hérissée, à sa surface, d'une multitude de petits mamelons qui rappellent vaguement les circonvolutions du cerveau, la tumeur se présente revêtue d'une muqueuse très-mince, à peine reconnaissable sur la grosse extrémité, et qui ne pénètre pas jusqu'au fond des sillons inter-mamelonnaires. Le fibroïde est entier ; il mesure environ 8 centimètres de long, 4 centimètres de large à la base et 3 centimètres et demi d'avant en arrière. Son pédicule, situé sur le côté gauche à un centimètre de la base, offre une surface de section circulaire, dont le diamètre est de 18 millimètres. Ce point est le seul qui soit à vif et fournisse un très-léger suintement de sérosité sanguinolente.

En pratiquant sur la tumeur une section longitudinale, on reconnaît que son tissu offre partout une coloration blanche prononcée, une consistance très-ferme et une absence presque absolue de vaisseaux. On découvre en même temps, çà et là, des vacuoles dépourvues de paroi propre et qui rappellent l'aspect des vaisseaux béants que présente la coupe du foie. Ces géodes sont plus nombreuses au centre que dans les couches superficielles. Quant aux petits mamelons de la surface, ils sont constitués par autant de foyers, autour desquels les fibres musculaires et élastiques tourbillonnent, se feutrent et forment, par la multiplicité des centres d'enroulement, un véritable semis de petits fibroïdes.

Mon intention n'est pas d'insister sur les divers détails de cette observation ; je veux borner seulement mes réflexions aux quelques points suivants. D'abord, on a dû remarquer que le polype avait été excisé avec facilité, puis extrait dans un état de parfaite intégrité. Le succès de l'opération fut certainement favorisé par des circonstances qui ne dépendaient ni du chirurgien, ni de la manœuvre employée. Mais, tout au moins, peut-on en déduire que la simplification opératoire, à laquelle je crus devoir recourir, est susceptible d'une réalisation exceptionnellement heureuse dans ses résultats.

D'une autre part, on a vu que l'anse du constricteur, au moment de son introduction dans la matrice, offrait un diamètre d'environ 5 centimètres, tandis que celui de l'orifice utérin n'en présentait que trois. C'est que les bords de ce dernier, doués d'une certaine souplesse, se prêtèrent sans difficulté à l'extension que nécessitait le passage de l'anse métallique. Ainsi en est-il, assez souvent, dans la pratique des opérations obstétricales. D'ailleurs, comme pour les applications du forceps, lorsque l'orifice utérin, trop peu dilaté, offre un bord mince, on pourrait, en vue de faciliter l'ablation des polypes, pratiquer avec avantage de petits débridements sur sa circonférence.

Enfin, je rappellerai qu'un vice de fonctionnement du serre-nœud m'obligea d'introduire, à deux reprises, l'instrument jusqu'au fond de la matrice. J'eus ainsi, dans la même séance, l'occasion de soumettre à une double épreuve la manœuvre opératoire que je préconise ; et, chaque fois, elle me parut être d'une remarquable simplicité.

Messieurs, de même qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, je sais qu'une seule expérience ne peut faire une science. Nul, plus que moi, n'est pénétré de cette vérité, déjà si gracieusement formulée, il y a plus de deux siècles, par Jacques Guillemeau. Aussi, en vous exposant mes idées sur une opération que chacun de vous a plusieurs fois pratiquée, j'ai voulu dégager cette communication de tout caractère prétentieux. Comme vous avez pu le remarquer, j'ai évité de donner aux modifications opératoires dont il s'agit aucune qualification ambitieuse. L'appellation modeste de *simplification opératoire*, qui résume les traits particuliers de cette manière de faire, me préservera, j'espère, du reproche d'illusion sur la valeur et l'importance de la manœuvre proposée.

Je ne rechercherai pas si cette manœuvre a été déjà, dans quelques cas particuliers, antérieurement employée soit par vous, soit par d'autres. Le fait est au moins probable. Mais ce que je crois pouvoir avancer, c'est qu'elle n'a pas été jusqu'ici érigée en précepte. Or, c'est à la faire considérer comme étant d'une application générale que tend précisément cette communication, dont je résumerai l'idée dans les deux conclusions suivantes :

1° Certains polypes inclus dans la matrice peuvent être avantageusement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'ils n'aient pénétré dans la cavité du vagin et causé l'épuisement de la malade ;

2° Le procédé d'exérèse à mettre en usage, en pareil cas, loin d'être difficilement applicable est, au contraire, d'une simplicité plus grande que ceux qu'on emploie généralement contre les polypes abaissés jusqu'à la vulve.

Discussion.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle son procédé opératoire, dont il a été fait mention dans une des dernières séances et qui lui a donné des succès constants.

M. BOINET insiste sur la différence très-grande qui existe entre les polypes pédiculés et les polypes sessiles et sur l'impossibilité de distinguer les uns des autres avant que le col soit dilaté. Pour obtenir cette dilatation, il s'est servi du seigle ergoté, qui lui a donné de bons résultats. Chez une malade, épuisée par des hémorrhagies répétées, M. Boinet, après avoir produit à l'aide de cet agent, une ouverture du col large comme une pièce de cinq francs, exerça sur la tumeur, avec deux érignes implantées dans son épaisseur, des tractions modérées qui la firent descendre graduellement dans le vagin et qui permirent de l'enlever sans accident, bien qu'elle fût implantée par une large base. Dans un autre cas, le polype était fixé au fond de l'utérus; sous l'influence du seigle ergoté le col se dilata, et la tumeur vint faire saillie dans le vagin, où elle put être saisie au moyen d'érignes et abaissée davantage, sans renversement de la matrice.

M. TILLAUX fait remarquer qu'il y a une grande différence entre les cas où le polype est descendu tout entier dans le vagin et ceux où il fait peu de saillie au-dessous du col. Lorsqu'il ne se montre point au dehors, la conduite du chirurgien est beaucoup plus difficile.

M. CRUVEILHIER s'est servi récemment, pour enlever un polype utérin, de l'écraseur linéaire : sa malade est morte d'infection purulente. Chez une autre malade, actuellement dans son service, un polype fait une saillie d'un centimètre hors de la matrice ; mais le col est appliqué si étroitement sur la tumeur, qu'il est impossible de faire passer même un stylet de trousse entre les deux.

M. GUÉNIOT reconnaît la distinction établie par M. Tillaux et se propose de modifier dans ce sens une des conclusions de sa note. Quand le col n'est pas dilaté, M. Guéniot conseille également de recourir au seigle ergoté, et même de faire des débridements multiples, comme pour certains accouchements. Quand la dilatation est suffisante pour laisser passer l'instrument, dit M. Guéniot, le polype fait toujours une saillie notable dans le vagin; l'anse, dans ces cas, peut être portée sur la tumeur sans qu'on risque de pincer la paroi utérine : il y a plus de sécurité pour l'opérateur que lorsque le polype est engagé tout entier dans le vagin, puisqu'il ne peut y avoir encore de renversement de la matrice. L'ablation en une seule séance des polypes utérins au moyen de l'anse métallique est pratiquée journellement avec succès ; elle n'offre par les inconvé-

nients de la ligature lente, usitée par les chirurgiens qui nous ont précédés, et qui, laissant pourrir sur place les tumeurs, exposaient leurs malades à l'intoxication putride.

M. TERRIER lit l'observation suivante :

Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie. Adhérences intestinales. Guérison.

Mademoiselle X..., âgée de 28 ans 1/2, ne présente comme antécédents qu'une affection de poitrine vers l'âge de 6 ou 7 ans, à la suite de laquelle elle fut sujette aux rhumes.

A 16 ans 1/2, elle eut une fièvre typhoïde qui dura un mois environ ; depuis, mademoiselle X... a joui d'une bonne santé ; toutefois pendant la guerre de 1870-71, elle eut de fréquentes syncopes.

Au mois de septembre 1873, on s'aperçut que le ventre de la malade augmentait de volume ; dès cette époque il y eut quelques douleurs, et les digestions devinrent pénibles. Règles régulières.

En mars 1874, après la période menstruelle, mademoiselle X... fut prise de vives douleurs abdominales, siégeant surtout à droite, et s'accompagnant de nausées et de fièvre. Ces accidents durèrent 8 ou 10 jours. Le Dr Wintrebert appelé à lui donner ses soins, constata la présence d'une tumeur abdominale, et après examen par la sonde et le toucher vaginal, il conclut à l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Vers la fin de mars, les accidents avaient presque totalement disparu et la malade pouvait se lever et marcher librement.

A l'époque menstruelle qui suivit (3 avril), la malade fut prise d'un point douloureux très-violent à gauche, et les phénomènes qui s'étaient montrés pour la première fois en mars, se reproduisirent et durèrent une douzaine de jours.

Ces deux poussées de péritonite, eurent pour résultat une augmentation notable du volume du ventre.

Vers la fin d'avril, la malade allait assez bien, toutefois la tumeur augmentait toujours et nécessitait l'usage d'une ceinture abdominale.

Lors des époques qui suivirent, soit fin avril et fin mai, la malade souffrit à peine.

C'est le 15 juin 1874 que je fus appelé pour la première fois auprès de mademoiselle X...

L'état général est très-bon, sauf une toux fréquente ; à l'auscultion, M. le Dr Lamarre et moi, nous constatons des adhérences anciennes aux deux bases et des frottements.

Le ventre est globuleux, la tumeur abdominale paraît située assez haut dans la cavité péritonéale. La mensuration faite au-dessous de l'ombilic donne une circonférence de 91 centimètres. La tumeur est régulièrement arrondie, sauf vers l'hypochondre gauche, où elle offre une sorte de bosselure, séparée de la masse arrondie par une sorte de rebord, résistant sous le doigt.

A la percussion, on constate que les intestins sont refoulés en haut dans les deux hypocondres. Toute la tumeur rend un son mat, se con-

tinuant à droite avec la matité du foie. Les diverses positions données à la malade ne changent en rien les rapports des parties sonores et mates à la percussion. L'ébranlement produit par un léger coup, porté sur un des côtés de la tumeur, se transmet aussitôt du côté opposé; toutefois la même expérience pratiquée en haut et à gauche, au-dessus du rebord résistant déjà mentionné, ne donne pas le même résultat, en ce sens que la transmission du flot liquide est à peine perçu par la main placée à plat sur la partie droite de la masse morbide.

Saisissant la tumeur avec les deux mains, elle semble un peu mobile dans le sens transversal. Du reste, l'épaisseur et la résistance des muscles de la paroi abdominale rendent cet examen difficile et incomplet

En cherchant à déplacer la paroi du ventre sur la tumeur, il nous a été impossible de constater le mondre frottement indiquant des adhérences plus ou moins anciennes.

Notons enfin l'absence d'ascite, d'œdème des membres, la non-dilatation des vaisseaux de la paroi abdominale.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés, il y a un peu de gêne respiratoire, les digestions sont parfois pénibles, la constipation est habituelle; quant à la miction, elle est normale.

L'exploration du bassin par le toucher vaginal permet de constater la mobilité extrême de l'utérus, qui est petit et repoussé en masse à droite. Les culs-de-sac sont entièrement libres.

En résumé, nous pûmes conclure à l'existence d'une tumeur abdominale, à contenu liquide, tumeur formée probablement de deux poches, l'une très-étendue à droite, l'autre plus petite à gauche. Entre ces deux poches il existait une cloison résistante, contenant peut-être même une tumeur solide.

Le point de départ de la tumeur ne pouvait être indiqué par la malade, mais comme celle-ci avait longtemps pu porter un corset, on était porté à croire que, d'abord située dans la cavité du bassin, la tumeur n'avait gagné que plus tard la partie moyenne de l'abdomen. D'un autre côté, l'inclinaison, ou plutôt le refoulement de l'utérus vers la droite, pouvait faire penser que la tumeur s'était primitivement développée à gauche.

Avait-on enfin affaire à un kyste de l'ovaire? Le fait ne paraissait guère douteux, vu l'âge de la malade, les symptômes observés, l'augmentation manifeste de la tumeur au moment des règles, enfin les phénomènes inflammatoires coïncidant avec les époques.

Une dernière question à résoudre était celle des adhérences.

L'exploration du bassin par le toucher permettait presque d'affirmer la non-existence d'adhérences, au moins dans l'excavation; l'absence de tout frottement péritonéal devait faire croire à une indépendance complète entre le kyste et la paroi antérieure de l'abdomen. Quant à la partie supérieure du kyste, les deux péritonites localisées devaient faire craindre des adhérences récentes avec l'intestin et peut-être le foie. L'opération fut décidée en principe. Vers la fin de juin, je revis la malade avec le Dr Thévenot; l'état général était excellent et le kyste

avait un peu augmenté de volume (3 centimètres). Une ponction exploratrice fut faite sur la ligne médiane, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, et nous retirâmes quelques gouttes d'un liquide louche, visqueux, légèrement brunâtre.

Ce liquide, examiné, renfermait des leucocytes et quelques globules rouges; toutefois, M. le Dr Cadiat, qui fit cet examen, ne crut pas à la suppuration du kyste, mais bien plutôt à l'existence d'un kyste multiloculaire.

Les règles apparurent le 30 juin et durèrent jusqu'au 5 juillet sans donner naissance au moindre malaise; je revis la malade le 8 juillet et trouvai que le kyste avait encore augmenté de volume, surtout en haut et à gauche, au niveau de la bosselure déjà signalée.

L'opération fut décidée pour le 15 juillet, et la malade n'en fut prévenue que le matin même de ce jour. Je fus aidé par mes confrères et amis MM. les docteurs S. Duplay, Just Lucas-Championnière. Thévenot, Lamarre père, Lamarre fils et Augros.

Opération. — La malade placée sur un lit assez bas, pour que les aides et l'opérateur pussent rester assis; l'anesthésie fut faite par M. le Dr E. Lamarre. Dès que la patiente fut endormie, le rôle des aides fut distribué.

L'incision de la paroi abdominale fut pratiquée, depuis l'ombilic (1 cent. au-dessous), jusqu'à 4 centimètres du pubis; la peau, le tissu cellulaire, fournissent du sang en assez grande quantité, le muscle droit du côté droit est découvert à son bord interne, puis on incise la ligne blanche. De nombreuses pinces hémostasiques sont placées pour arrêter le sang. C'est avec peine, et en incisant sur la sonde cannelée quelques feuillets celluleux, que je parvins à ouvrir la cavité péritonéale; cette ouverture faite en bas de la plaie, laisse écouler un peu de sérosité parfaitement transparente. Une sonde cannelée est introduite par cette petite boutonnière et le péritoine est ouvert en haut et en bas dans toute la hauteur de la plaie cutanée.

On constate alors, l'existence d'adhérences étendues entre la face antérieure du kyste et la paroi abdominale, sauf toutefois à la partie inférieure de la plaie. Les adhérences furent facilement décollées avec le doigt, toutefois, il en résulta un écoulement sanguin en nappe assez gênant.

Notons de suite que le décollement des adhérences ne fut pas complet et que nous préférâmes ponctionner préalablement le kyste, de cette façon en effet, il était plus facile d'éviter toute pénétration du liquide kystique dans la cavité péritonéale.

Le kyste ponctionné avec un gros trocart, il s'écoula un liquide grisâtre et visqueux; cet écoulement fut assez rapide, et après avoir retiré 4 ou 5 litres de liquide, la poche du kyste fut suffisamment affaissée pour pouvoir la saisir avec des pinces fixatrices, placées d'abord au niveau du point où la ponction avait été faite. Des tractions exercées sur les pinces permirent d'attirer une partie du kyste à l'extérieur, et, pour faciliter cette sortie, les adhérences de la paroi abdominale furent

détruites peu à peu avec le doigt, insinué entre la paroi abdominale et la surface du kyste.

La poche bien fixée, et d'ailleurs assez épaisse et résistante, fut attirée de plus en plus au dehors; mais bientôt on constata l'existence d'adhérences solides situées en haut et à droite de l'incision, point où jadis il y eut des phénomènes d'inflammation aiguë. En cet endroit, une anse d'intestin grêle adhère solidement à la paroi du kyste.

Les bords de la plaie abdominale toujours bien maintenus appliqués sur le kyste et recouverts de serviettes chaudes incessamment renouvelées, je procédai à la dissection de l'anse d'intestin en me servant de l'ongle de l'index droit, puis en utilisant une spatule mousse, dite *détache-adhérences.* Cette dissection lente et difficile, laissa écouler un peu de sang en nappe et même en jet, d'où la nécessité d'appliquer sur l'intestin et sur la paroi du kyste quelques pinces hémostatiques (5 à 6). Peu à peu, l'anse intestinale fut isolée, toutefois, au moment où j'allais en terminer la dissection, la paroi kystique amincie se déchira et un peu de liquide filant s'écoula au dehors. On eut soin d'empêcher tout contact de ce liquide avec le péritoine, en disposant méthodiquement des éponges autour de la déchirure; enfin, celle-ci fut oblitérée à l'aide de 3 à 4 pinces hémostasiques placées les unes à côté des autres.

Pour éviter la reproduction de cet accident, j'ouvris largement la poche kystique, qui pendait déjà entre les cuisses de la malade, et un 1/2 litre environ de liquide put encore s'écouler. A ce moment, et en attirant le kyste au dehors, on aperçut, en haut et à gauche de l'incision, la seconde poche diagnostiquée avant l'opération. Cette poche fut ponctionnée et il s'en écoula un liquide filant un peu ambré; des pinces à fixation furent placées sur l'ouverture faite par le trocart et aux environs, de façon à bien maintenir les parties et à pouvoir les attirer au dehors.

Je retournai alors à l'anse intestinale, et je finis par l'isoler, en me servant surtout des doigts, il y eut peu de sang; toutefois, quelques pinces hémostatiques durent être encore utilisées.

Dès que l'intestin fut libéré, la tumeur put facilement sortir par la plaie, et l'on put constater qu'entre les deux poches successivement ponctionnées, il existait une masse grosse comme le poing, bosselée et paraissant solide. Toute la tumeur kystique était appendue à un pédicule assez long, parfaitement libre d'adhérences, placé à gauche et offrant le volume de deux doigts.[1]

Deux broches en fer furent passées en croix à travers ce pédicule, une anse de fil de fer, placée sous les deux broches, fut fixée avec le ligateur Cintrat; enfin, la partie du pédicule adhérente au kyste, fut sectionnée avec l'écraseur.

Je procédai alors à l'enlèvement de la plupart des pinces hémostatiques appliquées sur les lèvres de la plaie abdominale; puis la toilette du péritoine fut faite avec le plus grand soin, soit avec des éponges libres, soit avec des éponges montées.

Il n'est pas besoin de dire que ces éponges étaient neuves et avaient été lavées à l'eau chaude et à l'eau distillée.

Les points de suture profonds, au nombre de cinq, furent faits avec des fils d'argent; ils passaient à environ 1 centimètre des bords de la plaie, si bien que la séreuse péritonéale était adossée à elle-même dans une assez grande étendue.

Les fils placés, les pinces hémostatiques placées sur l'intestin furent enlevées, et l'on s'assura qu'il ne s'écoulait plus de sang, même des piqûres faites par les aiguilles à la paroi abdominale. La toilette du péritoine fut encore faite et quelques petits caillots furent enlevés.

Enfin, on serra les sutures et l'abdomen fut fermé.

Des épingles à tête de verre, placées entre les points de suture profonds, permettent de faire une suture entortillée superficielle. Une seule épingle ordinaire a été placée immédiatement au-dessus du pédicule du kyste, c'est-à-dire à la partie inférieure de la plaie abdominale.

La malade, à moitié éveillée vers la fin de l'opération, fut portée dans son lit par M. E. Lamarre et par moi, elle n'a pas vu les autres aides.

L'opération, commencée à 9h1/2, fut entièrement terminée à 1h1/2, elle avait duré 4 heures.

Application d'ouate sur le ventre, bande de flanelle.

15. — Journée calme, quelques douleurs comparables à des coliques, urines faciles. Parfois des douleurs assez vives se font sentir dans la jambe gauche, soit du côté du pédicule, et résultant probablement de quelque tiraillement des nerfs.

Vers 4 heures. — Pouls 110, température 37°9. Glace, champagne. Jusqu'au soir, la malade a exhalé du chloroforme par les voies respiratoires et cette odeur la faisait vomir. Cependant les vomissements furent peu abondants et cessèrent vers 10 heures du soir.

A 10 heures. — Pouls 110, température 38°5.

16. — La nuit a été relativement calme, la malade a eu des nausées et a vomi deux fois; les douleurs abdominales sont assez vives.

Matin, 4h1/2. — Pouls, 120, température, 38°4. Glace, eau de seltz.

Le matin, un peu de hoquet, les yeux sont légèrement excavés, la malade sommeille à peu près toutes les 1/2 heures pendant 1/4 d'heure ou 20 minutes.

A 2h1/2, — Calme assez marqué, faiblesse très-grande avec quelques tendances syncopales. Le ventre est souple, non ballonné, à peine douloureux. Urines claires et faciles. Pas d'évacuations alvines ni gazeuses.

8 heures. — La soirée fut pénible, les tendances syncopales plus fréquentes, une fois même, syncope légère, le pouls s'élève à 140, la température monte à 39°. (La chaleur du jour a été très-élevée (+ de 30°) et le temps très-orageux.)

17. — Nuit calme, vomissements rares (2 ou 3) et composés exclusivement des liquides avalés (glace, eau de-vie et eau). Un lavement de bouillon donné dans la soirée du 16 a provoqué des garde-robes et des évacuations de gaz assez abondants, qui amenèrent une nouvelle tendance à la syncope.

A 6h1/2 du matin. — La malade se sent très-faible. Pouls, 152, température, 39°4, respiration, 42. Il y a un peu d'oppression.

A 10h3/4. — Pouls, 140, température, 39°2, respiration, 36, L'état général s'améliore.

A 3h1/4. — Le facies est meilleur, pas de frissons, pas de vomissements depuis le matin. Pouls, 140, température, 40°, respiration, 30.

Le ventre est souple, pas de ballonnement. (Glace, grog, eau de seltz.)

Vers 10 heures du soir, la malade prend un peu de bière, ce qui provoque quelques nausées, des vomissements (3) et du hoquet. Ces symptômes se calment très-vite avec la glace et l'eau de seltz.

Pouls, 130, température, 39°5.

18. — Nuit agitée, pas de sommeil, toutefois la malade se sent mieux; elle a encore mal au cœur, mais ne vomit pas. La parole est plus facile. A 6 heures du matin, une selle, après un lavement laudanisé de bouillon (5 gouttes de laudanum de Rousseau).

A 6h1/2. Pouls, 130, température, 39°3. Elle prend 1/4 de lavement avec 50 centigrammes de sulfate de quinine.

La journée est bonne, pas de vomissements, pas même de nausées. Bâillements fréquents, un peu d'excitation, la parole est facile et un peu fréquente. La malade ne souffre nullement, le ventre est souple, pas de ballonnement. Les sutures n'ont pas bougé, le pédicule se dessèche. A midi, pouls, 130, température, 38°.

A 9h1/4 du soir. — Pouls, 110, température, 38°5, 4 garde-robes dans la journée.

19 juillet. — Nuit agitée, peu de sommeil, 4 garde-robes en diarrhée et colorées par de la bile; évacuation de gaz abondants.

A 7 heures du matin. — Pouls, 100, température, 38°5. Coliques assez vives, nausées et tendances à la syncope. 1/4 lavement laudanisé, 10 gouttes, qui calme les coliques et endort un peu la malade.

A 4 heures. — Très-calme. Pouls, 104, température, 38°, une garde-robe dans la journée.

Le soir, 9h1/2. — 110 pulsations, température, 38°7. Hoquet vers 10 heures, qui dure 10 minutes environ. Quelque difficulté à uriner, coliques internes, 7 garde-robes la nuit. Lavement laudanisé. Cuillerées de bouillon glacé. Glace et cognac; la malade ne veut plus de vin de Champagne ou de Bordeaux.

20. — 6 heures du matin. — Pouls, 120, température, 38°9. Douleurs moindres du côté du ventre, coliques passagères assez vives.

De 9 heures à midi, toutes les 1/2 heures, 1 cuillerée à café d'eau de chaux avec 1 cuillerée à bouche de lait. 1/4 lavement laudanisé (6 gout.).

A 1 heure. — Pouls à 120, coliques, faiblesse. Bouillon toutes les 1/2 heures, glace et rhum. A 3h1/2, 1/4 lavement laudanisé qu'elle ne garde que quelques minutes.

6 heures du soir. — Pouls, 108, température, 39°2. Plus calme, coliques nulles. Bouillon, glace et rhum.

9 heures soir. — Pouls, 120. La malade venait de dormir et avait été éveillée un peu brusquement. Température, 38°6. État général

meilleur, nuit calme, dort bien 3 heures, pas de coliques, pas de garde-robes, urines faciles ; 2/4 lavements laudanisés. Bouillon, rhum et glace.

21. — A 6 heures du matin. — Pouls, 108, température, 37°8. La malade ne souffre pas, le ventre est souple, pas de coliques, urines faciles et claires. La faiblesse est assez grande, dégoût profond des aliments. Toutes les 1/2 heures, 1 cuillerée à bouche de bouillon. Rhum et glace, puis vin de Bordeaux sucré avec eau de seltz et glace.

Gelée de viande à midi et 1 heure, mal supportée; 2 lavements de bouillon avec du laudanum (6 gouttes).

Vers 1h1/2, tendances syncopales et syncope. 2 garde-robes avec coliques violentes, état nerveux très-prononcé. Urines faciles sans coliques. La malade ne prend que de la glace et de l'eau de seltz, le soir un peu de sirop de groseilles. 2 lavements de bouillon avec laudanum.

A 9 heures du soir, pouls, 100; température, 38°8. Nuit calme, 4 heures de sommeil jusqu'à 3h1/2 du matin. Urines faciles. Eau de seltz, glace et sirop de groseilles. Agitation vers 4 heures du matin. Soif vive.

22. — 6 heures matin. — Pouls, 108, température, 38°8. 4 épingles à tête de verre des sutures superficielles sont retirées sans grande souffrance. Boulettes de viande crue, bouillon.

Vers midi, la malade est un peu fatiguée par la visite de ses parents. Eau de seltz, sirop de groseilles, lavement bouillon gardé 2 heures.

A 3h1/4. — Pouls, 136, température, 37°1 (?). Tendance au sommeil, mais ne peut dormir, un très-léger hoquet durant quelques instants. La malade ne prend que de l'eau de seltz, du sirop de groseille et un peu de cognac avec du sucre. Agitation nerveuse (le temps était très-orageux).

A 9 heures du soir. — Pouls, 115, température, 39°5.

23. — Nuit calme, 3 à 4 heures de sommeil, pas de coliques, urines faciles.

A 6 heures. — Pouls, 108, température, 38°1. Lavement de bouillon· Boulettes de viande crue, eau-de-vie et eau de seltz sucrée. 4 garde-robes jusqu'à midi, mais sans douleurs, évacuation de gaz. Dans l'après-midi, un peu de chaleur à la peau et d'agitation ; on continue les lavements de bouillon, la viande crue et le cognac avec l'eau de seltz glacée.

A 2 heures. — Pouls, 128, température 38°. 2 garde-robes dans l'après-midi et tendances syncopales. Urines chargées, coliques qui se calment vite avec les 1/4 de lavements laudanisés. La malade ne prend que de l'eau de seltz et de la glace. Il y a eu quelques frissons, aussi craint-on la formation d'un abcès autour du pédicule du kyste, point où les douleurs à la pression sont assez marquées,

A 9h1/2 du soir. — Pouls à 120, température, 39°4.

24. — Nuit agitée, frissons légers, sommeil moindre que les nuits précédentes, urines chargées, soif assez vive. (Eau de seltz et sirop de groseilles.)

A 6 heures du matin. — Pouls, 115, température 38°7. Les parties

latérales gauches du pédicule sont douloureuses à la pression, et il existe une induration profonde dans toute la région ilio-inguinale gauche. La malade a un peu de muguet, qui disparaît très-vite sous l'influence d'un gargarisme au borax. La dernière épingle à tête de verre est retirée.

A 9 heures on applique sur la région ilio-inguinale gauche un large vésicatoire.

La malade commence à s'alimenter (crème au café, viande crue, pain et rôti), vin de quinquina par cuillerées à café. 4 garde-robes à peine liquides. Urines faciles et chargées.

A 2h1/2. — Pouls, 116, température 38°8. 1/4 lavement laudanisé.

A 9 heures du soir. — Pouls, 128, température, 38°. La malade est fatiguée et a envie de dormir.

25. — Nuit bonne. 2 garde-robes liquides. 1/4 lavement laudanisé.

A 6 heures. — Pouls, 115, température, 37°8. Pansement du vésicatoire (à l'ouate). A 9 heures, la malade est changée de lit, sans qu'elle en soit fatiguée. (Café au lait, viande crue, rôti de pigeon, légumes, œufs.) Vin de quinquina.

A 3h1/2, — Le ventre n'est plus douloureux. Température, 38°1, pouls, 116. 1 garde-robe liquide, sans douleurs de ventre. Urines chargées.

A 9 heures du soir. — Pouls 100, température 39°3. Pansement du pédicule avec de l'eau alcoolisée et phéniquée.

26. — Nuit agitée, l'odeur de l'acide phénique incommode la malade, aussi panse-t-on désormais avec l'alcool étendu de 1/2 d'eau. — Pouls, 110, température, 38°8.

Les deux broches passées dans le pédicule sont tombées avec l'eschare ; seule, l'anse de fil de fer du ligateur reste dans la plaie. Un fil d'argent est aussi enlevé (le 2e).

La malade continue à s'alimenter. 1 garde-robe normale.

A 8 heures. — Pouls, 120, température, 39°6.

27. — Nuit très-bonne, la malade dort aussi dans le jour.

A 9h1/2. — Pouls, 116, température, 38°3. Douleurs assez vives au niveau du pédicule, 1 garde-robe naturelle.

La malade mange mieux.

A 9 heures du soir. — Pouls 110, température, 39°. Le quatrième fil d'argent est retiré.

28. — Nuit excellente. A 6 heures du matin, pouls, 100, température, 39°. Le premier et le troisième fils d'argent sont retirés. La réunion immédiate est parfaite.

A 3 heures. — Pouls, 112, température, 38°. L'alimentation se fait bien. La plaie est toujours douloureuse. 1 garde-robe naturelle.

A 6 heures soir. — Pouls, 100, température, 38°2.

29. — Nuit très-bonne. Plaie du pédicule toujours douloureuse.

A 9h1/2. — Pouls, 110, température, 37°4. La suppuration de la plaie où a été fixé le pédicule augmente un peu. Bonne alimentation. Eau de Vals avec le vin. 1 garde-robe normale.

Dans l'après-midi, la malade se plaint de sa plaie et a quelques fris-

sons. Vers 6 heures, l'anse du ligateur est détachée et s'enlève avec le pansement.

A 9 heures du soir. — Pouls, 100, température, 40°. Le dernier fil d'argent est enlevé, la réunion par première intention est parfaite.

30. — Nuit assez bonne, pas de douleurs.

A 6 heures. — Pouls, 100, températnre, 37°4. Le pansement est inondé de pus. La malade est très-bien et supporte facilement un changement de lit et la visite de ses parents.

A midi. — Pouls, 108, température, 37°3.

Vers 5 heures, léger frisson durant à peine 1/4 d'heure. La plaie suppure beaucoup moins.

Bonne alimentation. A 8 heures du soir, pouls, 100, température, 38°.

31. — Nuit très-bonne. La plaie a suppuré plus que d'habitude.

Le matin, à 6 heures. — Pouls 90, température 37°3.

A 5 heures. — Pouls 108, température 39°. La malade a quelques frissons pendant près de 3/4 d'heures (25 centigrammes de sulfate de quinine). L'alimentation est toujours bonne, mais la malade n'a pas encore ressenti le besoin de manger.

A 8 heures. — Pouls 100, température 38°4. Garde-robes et urines normales.

1er août.—Nuit très-bonne. La plaie suppure toujours abondamment.

A 6 heures. — Pouls 90, température 37°3 (25 centigrammes de sulfate de quinine). On fait le lit et on change la malade sans qu'elle en ressente la moindre fatigue.

A midi. — Température 38°, pouls 104.

A 5 heures. — 25 centigrammes de sulfate de quinine. Il n'y a plus de frissons le soir.

A 8h1/2. — Pouls 90, température 37°4.

2. — Nuit agitée. La malade se plaint de démangeaisons vives au niveau de la plaie du pédicule et sur toute la surface occupée jadis par le vésicatoire.

A 5h1/2. — Pouls 108, température 38°4. On supprime la viande crue qui fatigue la malade.

A 2h1/2. — Plaie suppurant beaucoup. Pouls à 90, température 38°2. Cataplasmes de féeule de pommes de terre sur les parties qui sont le siége d'un vif prurit.

A 9 heures du soir. — Pouls 88, température 38°1. Alimentation presque normale.

3. — Nuit agitée. A 6 heures du matin (25 centigrammes de sulfate de quinine).

A 6 heures. — Pouls 90, température 37°2. La suppuration a beaucoup diminué.

A 10h1/4. — Pouls 88. Un peu d'excitation nerveuse pendant le jour.

A 9 heures du soir. — Pouls 88, température 37°2. La plaie, toujours pansée avec des cataplasmes, suppure très-peu. Urines abondantes et claires (nerveuses). Alimentation *ut supra*.

4. — Nuit agitée jusqu'à 2 heures du matin; à partir de cette heure la malade dort bien.

A 6 heures du matin. — Pouls 84, température 36°4.

A 8h1/2 du soir. — Pouls 88, température 37°3. 2 garde-robes normales. Urines claires.

5. — Nuit plus calme. Suppuration de la plaie presque nulle.

A 5h1/2. — Pouls 88, température 37°. La malade mange avec appétit.

A 9 heures du soir. — Pouls 90, température 38°. La malade mange avec appétit.

6. — Nuit bonne. La plaie suppure à peine.

A 6 heures du matin. — Pouls 84, température 36°4. La malade se lève pendant une demi-heure, sans fatigue. Appétit presque normal. Garde-robe normale.

A 8h1/2 du soir. — Pouls à 84, température 37°1.

7. — Nuit agitée. La malade dort tout au plus quelques heures.

A 6 heures du matin. — Pouls 80, température 36°4. La malade se lève une demi-heure sans fatigue.

A 5 heures. — Pouls à 88. Une garde-robe.

8. — Nuit assez bonne. Douleurs d'oreilles qui se calment vite.

A 6 heures du matin. — Pouls 84, température 37°.

A 8 heures du soir. — Pouls 88, température 37°2. La malade se lève une heure, et fait quelques pas avec peine.

9. — Nuit calme, a peu dormi cependant.

A 6 heures du matin. — Pouls 84, température 37°. La plaie est presque fermée.

La malade s'est levée pendant près de 5 heures et a un peu marché.

A partir de ce jour, la malade va de mieux en mieux, elle retrouve le sommeil, son appétit augmente, enfin elle marche et descend au jardin.

Je ne la revois que le 19. La plaie du pédicule est presque fermée et rétractée, elle offre l'aspect de la cicatrice ombilicale ; les parties superficielles seules sont encore recouvertes de bourgeons charnus, ainsi que la partie inférieure de l'incision abdominale dans une étendue de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres. Cette sorte de désunion résulterait d'efforts faits par la malade, qui a eu, il y a quelques jours, une indigestion avec vomissements. Il n'y a pas d'éventration sur tout le trajet de l'incision abdominale. On cesse les pansements à l'alcool pour les remplacer par des pansements à l'eau simple. La cicatrisation est complète quelques jours après.

Le 27 août, la malade a ses règles, qui durent trois jours au lieu de huit et ne la font nullement souffrir.

On peut résumer en quelques mots les phénomènes observés après l'opération :

A la période de collapsus, peu marquée, malgré la longue durée de l'opération, succèdent quelques menaces de péritonite, suivies bientôt de phénomènes très-nets d'entérite avec diarrhée intense.

Cette entérite calmée, au bout de 4 jours, les signes d'une inflammation localisée autour du pédicule ne tardent pas à apparaître. Nous sommes au 8e jour de l'opération, le pédicule et les deux broches tombent le 11e jour et une suppuration abondante se fait jour par la plaie

qui résulte de cette élimination. L'anse du ligateur, restée dans la plaie, ne tombe que le 14e jour ; à partir de ce moment l'état général et local s'améliore très-vite.

Les points de suture superficiels ont été retirés les 6e et 7e jours ; quant aux fils d'argent, constituant la suture profonde, ils ont été enlevés les 11e, 12e, 13e et 14e jours.

Depuis l'opération, j'ai revu la malade le 1er septembre et plus récemment le 9 novembre. La plaie est réunie par une cicatrice légèrement saillante, il existe un peu d'éventration, aussi ai-je fait porter une ceinture élastique avec un coussin.

L'état général est aussi bon que possible et Mlle X... a notablement engraissé.

Anatomie pathologique. — La tumeur enlevée offrait tous les caractères classiques du kyste multiloculaire de l'ovaire ; deux poches principales avaient été ouvertes. Les autres kystes, beaucoup plus petits, étaient situés à gauche des deux poches principales et constituaient un véritable gâteau formé par un amas innombrable de kystes de toutes dimensions, arrondis, communiquant ou non les uns avec les autres, et renfermant un liquide gélatineux, muqueux, légèrement coloré en jaune-rouge.

Les parois des kystes, toutes très-amincies, constituaient le seul stroma solide de la tumeur.

La trompe adhérente à la tumeur kystique était étirée, allongée, amincie et renfermant de nombreux vaisseaux.

La tumeur portée au laboratoire d'histologie du Collége de France a été étudiée avec grand soin par notre excellent ami le Dr Malassez, qui nous a remis la note suivante :

Le kyste de l'ovaire opéré par M. Terrier présentait un certain nombre de loges d'aspect différent : les unes, peu nombreuses et très-volumineuses, constituaient à elles seules la presque totalité de la tumeur ; les autres, peu nombreuses et petites, étaient groupées au voisinage du point d'implantation de la tumeur, et formaient par leur ensemble une espèce de gâteau aréolaire.

J'ai examiné : 1o un morceau de ce gâteau aréolaire ; 2o un lambeau de paroi d'une des plus grandes cavités kystiques. Cet examen a été fait sur des coupes microscopiques faites en divers sens, après durcissement des pièces dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, puis coloration au picro-carminate.

A) Les petites cavités kystiques qui composent la masse aréolaire ont une forme assez irrégulière, qui se rapproche cependant plus ou moins de la forme sphérique. Leur volume est très-variable : celles qui siégent du côté des grandes loges sont généralement plus volumineuses, plus rapprochées les unes des autres, leurs parois sont, par conséquent, plus minces ; les plus petites, au contraire, sont plus voisines du point d'implantation, plus éloignées les unes des autres, et semblent comme creusées dans l'épaisseur des parois kystiques.

Ces parois sont constituées par du tissu fibreux, disposé en lamelles

parallèles, pour la plupart à la surface des kystes. On y constate quelques fines fibres élastiques et quelques faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans l'épaisseur de ces parois, on découvre un certain nombre de petites cavités kystiques qui étaient invisibles à l'œil nu : elles sont généralement disposées par petits groupes. Quelques-unes sont en communication avec des cavités plus grandes, mais d'autres en sont parfaitement indépendantes.

La surface interne des cavités kystiques est tapissée par une couche épithéliale, à cellules caliciformes, cellules semblables à celles que l'on trouve sur certaines muqueuses normales, sur la muqueuse digestive en particulier. En quelques points, cette couche est remplacée par une couche d'épaisses cellules plates; en d'autres, par un amas de cellules sphériques plus ou moins volumineuses, à un ou à plusieurs noyaux. Dans une même cavité, on peut rencontrer ces diverses espèces d'épithélium.

Cette surface interne n'est généralement pas plane; elle présente des prolongements et des dépressions. — Les prolongements sont minces et à peu près tous de la même longueur; quelques-uns sont cylindriques, à la façon des villosités; d'autres sont aplatis ou présentent des côtes; il en est qui sont ramifiés. Ces prolongements sont constitués par des faisceaux de fibrilles conjonctives recouverts d'une couche de cellules caliciformes. Les faisceaux conjonctifs se continuent avec ceux des parois; les cellules épithéliales avec celles des parois. Ces prolongements sont peu ou pas vasculaires.

Les dépressions sont peu profondes : les unes, très-étroites, ne dépassent pas les prolongements contigus, les autres occupent une plus large étendue et présentent alors des prolongements et de petites dépressions comme les autres portions des parois.

Le contenu des kystes qui, sous l'influence de l'alcool, s'était coagulé, rétracté, était devenu opaque, reprend au contact de l'eau sa consistance semi-fluide, son volume normal, sa transparence première, en un mot, son aspect colloïde ou gélatiniforme.

Il est formé par une substance amorphe, au centre de laquelle on voit quelques éléments cellulaires, et une assez grande quantité de granulations.

La substance amorphe présente de fines stries parallèles et se teint en rose par le picro-carminate.

Les éléments sont des cellules épithéliales semblables à celles des parois et semblent en avoir été détachés. Dans quelques cavités, on rencontre des amas de cellules à prolongements multiples et ramifiés, s'entre-croisant les uns avec les autres et donnant à cette partie du contenu l'aspect du tissu muqueux.

Les granulations sont évidemment de nature graisseuse : les unes sont irrégulièrement disséminées dans la masse, les autres sont disposées par bancs parallèles. Elles proviennent très-certainement de la destruction des éléments indiqués ci-dessus. Dans quelques kystes, on trouve des petits amas de granulations rappelant par leur siége, leur

forme, leur dimension, les prolongements villeux des parois; ce ne sont probablement que de ces prolongements dégénérés.

Dans aucune des cavités kystiques je n'ai trouvé quoi que ce soit qui pût être comparé à un ovule; aucune de ces cavités n'avait, du reste, les caractères des follicules de de Graaf.

B) Le lambeau de paroi du grand kyste que j'ai examiné est, comme les parois des petits kystes, constitué par du tissu fibreux; les fibres élastiques et musculaires y sont encore plus rares et les vaisseaux moins nombreux. La surface interne est lisse sans prolongements ni dépressions; elle est comme tapissée par une couche granulo-graisseuse. Dans cette couche, on distingue des faisceaux de fibrilles conjonctives rappelant par leur disposition les prolongements villeux qui se trouvent dans les kystes de la base de la tumeur; il semble que ces prolongements ont existé à une certaine période du développement de ce kyste et qu'ils ont ensuite subi une dégénérescence granulo-graisseuse.

Je n'ai pu examiner le contenu des grands kystes; ils étaient ouverts et vides. Ce contenu était très-probablement beaucoup plus fluide que celui des petits kystes, car je n'en ai pas trouvé de restes sur les parois sous forme de coagulum.

Des faits précédents, nous pouvons tirer quelques inductions sur le mode de développement de cette tumeur.

On peut, tout d'abord, poser en principe que les petits kystes de la base de la tumeur sont de formation récente. Or aucun de ces kystes ne contient d'ovules, leurs parois ne ressemblent en rien aux follicules de de Graaf; on ne peut donc pas dire que ces kystes procèdent des follicules de de Graaf.

D'autre part, beaucoup de ces petits kystes sont parfaitement indépendants des grandes cavités kystiques, et leur distance des parois de ces cavités montre qu'ils l'ont toujours été; on ne peut donc pas dire non plus qu'ils proviennent des grands kystes.

Il en est bien qui communiquent avec ces grands kystes et forment les différents types de dépression de parois decrites plus haut. Faut-il voir dans ces cas le fait d'un développement partiel de la grande cavité kystique, devant donner lieu par la suite à un kyste secondaire? Non, car le fond de ces prolongements ne présente aucune infiltration d'éléments embryonnaires, aucune prolifération épithéliale, aucun des caractères que l'on constate habituellement dans de tels processus.

Faut-il y voir, au contraire, le fait d'une production de végétations englobant, puis isolant, une portion de la cavité kystique pour en former ainsi un kyste secondaire? Nen encore, car le bord de ces ouvertures ne présente aucun des caractères des tissus qui végètent, mais bien plutôt ceux d'un tissu qui s'atrophie.

L'explication la plus vraisemblable, à mon avis, est que ces dépressions étaient au début des kystes indépendants, semblables à ceux que l'on trouve dans l'épaisseur des parois; kystes qui, en raison de leur situation plus superficielle et des progrès de leur développement, se sont ouverts dans les kystes près desquels ils se trouvaient. C'est, du

reste, un fait que l'on peut constater à l'œil nu sur de grands kystes; on en voit, en effet, qui communiquent entre eux par une ouverture circulaire, produite au milieu de la cloison amincie qui les sépare. Ces ouvertures, très-petites sur certains, sont, au contraire, très-grandes sur d'autres, et il semble bien que ces dernières ne sont que l'exagération des premières, et il est probable que ces kystes communiquants sont des kystes isolés en voie de se confondre peu à peu en une seule cavité kystique.

Si les petits kystes récents ne proviennent pas des follicules de de Graaf, s'ils ne dérivent pas des kystes déjà existants, il faut bien admettre qu'ils résultent d'une formation nouvelle. Je n'ai pu sur cette pièce saisir avec certitude la façon dont se fait cette formation, aussi ne discuterai-je pas ici le point particulier.

Quant aux grands kystes, je ne les regarde pas seulement comme le résultat de la dilation des petits kystes, je pense que le plus souvent ils sont le produit de la fusion de plusieurs kystes.

J'ajouterai en terminant que, parmi les kystes de l'ovaire que j'ai déjà eu l'occasion d'examiner (et ils sont assez nombreux), j'en ai souvent trouvé de semblables à celui-ci; aussi je considère le mode de développement que je viens d'exposer comme étant très-général. Si j'ai insisté, c'est que cette manière de voir n'est pas encore généralement acceptée.

M. TILLAUX présente un malade dont voici l'observation :

Suture par anastomose des tendons extenseurs de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite avec le tendon du medius. — Réunion.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 54 ans, qui reçut sur la face dorsale de la main droite un coup de ces crochets à manche dont on se sert pour soulever et manœuvrer les lourds fardeaux. Il en résulta un arrachement des tendons extenseurs de l'auriculaire et de l'annulaire droits. C'était le 1[er] septembre 1874, le malade ne fit rien alors pour obtenir la guérison, et la plaie se referma après quelques jours, mais les deux doigts correspondants étaient restés fléchis et complétement inertes.

Un mois après cet accident, le malade reçut sur le genou droit un sac de sucre qui détermina une forte contusion et le força d'entrer à l'hôpital Lariboisière.

Ce n'était donc pas pour le premier accident que le malade était venu demander des soins. Je lui proposai néanmoins de tenter la réunion tardive des tendons divisés, ce qu'il accepta avec empressement. L'opération fut pratiquée le 4 novembre, c'est-à-dire deux mois après le traumatisme.

J'appliquai la compression et le tube d'Esmark, ce qui me donna une singulière facilité pour opérer, et je dois dire qu'à mon avis, c'est beaucoup plutôt aux opérations de ce genre qu'aux amputa-

tions qu'est applicable la nouvelle méthode hémostatique. L'opération se fit absolument comme sur le cadavre.

Les tendons mis à nu, je trouvai bien les deux bouts périphériques qui étaient un peu tuméfiés, mais non les deux bouts centraux. Ces derniers étaient fortement rétractés vers l'avant-bras au-dessous du ligament annulaire dorsal du carpe.

Continuant alors ma dissection vers le bord radial de la main, je mis à découvert le tendon extenseur du doigt medius, puis le soulevant avec une pince, je pratiquai dans le milieu de ce tendon une boutonnière longitudinale à travers laquelle j'engageai les deux bouts périphériques des tendons divisés dont je rafraîchis la surface de section. Un seul fil métallique fixa ces tendons aux deux lèvres de la boutonnière. La plaie cutanée fut réunie, la main immobilisée sur une planchette et modérément comprimée avec de l'ouate.

Je dois dire que, malgré la compression énergique exercée par le tube d'Esmark, la sensibilité ne fut pas diminuée. Je fus surtout frappé de la vive douleur qu'accusa le malade, lorsque je saisis avec une pince à griffes le tendon du doigt médius pour y pratiquer la boutonnière.

Il ne survint aucun accident ultérieur. Je laissai en place le pansement pendant vingt jours sans y toucher. Il se produisit cependant de la suppuration au niveau de la suture des tendons.

Vous pouvez actuellement constater, deux mois et demi après l'opération, que tous les doigts de la main droite jouissent des mouvements de flexion et d'extension. Il reste seulement une adhérence de la face profonde de la peau dans le point où a été pratiquée la suture. Malgré cela, le malade a retiré un très-grand bénéfice de l'opération qui lui a été pratiquée.

Les cas de suture des tendons par anatomose sont très-rares; il en existe cependant plusieurs dans la science; c'est ainsi que, dans sa *Médecine Opératoire* (t. Ier, p. 512), Velpeau rapporte deux exemples qui sont dus l'un à Missa et l'autre à Champion, et que Malgaigne a rappelés dans ses leçons d'orthopédie.

Discussion.

M. LARREY. Dans le travail de Jobert sur cette question, il n'y a rien d'analogue à ce qui a été fait par M. Tillaux.

M. POLAILLON revendique pour Denonvilliers l'idée de réunir les tendons divisés aux tendons voisins intacts, dans les cas où il est impossible de trouver le bout supérieur. M. Polaillon a pratiqué en 1873 une opération analogue à celle que rapporte M. Tillaux: un homme, en tombant contre une glace, avait eu les tendons extenseurs des trois doigts du milieu de la main droite complète-

ment divisés. Après trois jours, pendant lesquels le blessé était resté sans pansement, M. Polaillon incisa longitudinalement les parties molles, pour découvrir les bouts supérieurs des tendons, qui s'étaient rétractés. N'ayant pu réussir à les trouver, il sutura les bouts inférieurs avec les tendons du pouce et de l'auriculaire. Le malade récupéra les mouvements d'extension des doigts, mais la peau resta adhérente aux tendons.

M. DESPRÈS ne pense pas qu'il faille aviver les tendons, l'inflammation que provoque la suture métallique suffit pour produire la soudure des tendons.

M. LÉON LE FORT. La communication que vient de faire M. Tillaux m'engage à vous communiquer une observation analogue dans laquelle j'ai eu cette fois à suturer tous les tendons fléchisseurs.

Plaie du poignet droit, section de l'artère cubitale et des tendons de la face antérieure du poignet. Suture des tendons. Guérison avec conservation des mouvements.

Le 4 juin 1874, M. le Dr Hénocque m'amena à l'hôpital Beaujon un homme âgé de 30 ans, qui venait d'être blessé accidentellement avec une hachette. M. Hénocque avait pu arrêter l'hémorrhagie, qui avait été considérable, en fléchissant fortement l'avant-bras sur le bras.

Après avoir défait le pansement, nous constatons les lésions suivantes: Au niveau des plis du poignet existe une plaie transversale de 5 centimètres de longueur, commençant au bord interne de l'avant-bras et allant profondément jusqu'au carré pronateur. Tous les tendons sont coupés sauf ceux du grand palmaire et du long supinateur. L'artère cubitale coupée donne par ses deux bouts. J'appliquai la bande de caoutchouc suivant la méthode d'Esmarck pour faciliter la recherche de l'artère et des tendons.

Le bout inférieur de l'artère est trouvé facilement, le bout supérieur rétracté n'est mis à découvert qu'après un léger débridement. Le bout périphérique des tendons se trouve facilement; quant au bout central, il a disparu dans l'intérieur des gaînes. Un débridement de deux centimètres ne les mettant pas à découvert, j'exerce de haut en bas de l'avant-bras une pression assez forte avec la paume de la main, comme pour refouler les muscles vers le poignet. Grâce à ce moyen, je vois apparaître le bout de tous les tendons et je les maintiens à l'extérieur en faisant comprimer par un aide sur la partie inférieure de l'avant-bras.

Je trouve facilement les bouts correspondants du cubital antérieur, du fléchisseur du petit doigt; mais il est impossible de pouvoir distinguer exactement dans tous les autres faisceaux flé-

chisseurs, les extrémités appartenant au fléchisseur superficiel et au profond, à l'index, au médius ou à l'annulaire. Je rapproche donc et je réunis ceux qui me paraissent d'un volume égal et qui me semblent appartenir à la même couche. En finissant, il me reste deux bouts périphériques que je réunis à un même bout central. La suture fut faite de la manière suivante :

J'introduis sur le bord d'un tendon et d'arrière en avant une aiguille entraînant un fil métallique, puis je traverse avec la même aiguille le bord opposé du tendon, cette fois, d'avant en arrière, de manière à avoir une anse à la partie antérieure. Je répète la même manœuvre sur l'autre bout du tendon, mais en passant successivement les deux fils d'arrière en avant et je les tords après les avoir réunis en avant du tendon. Pansement ordinaire avec des compresses imbibées d'eau alcoolisée camphrée, et enveloppement avec du taffetas gommé.

La guérison marche sans accidents ; mais le 11 juin le malade ayant demandé à sortir quelques heures, il présente le 12 juin de la fièvre et un abcès se forme dans la paume de la main ; je l'ouvre vers le 16 juin, et le 2 juillet une nouvelle poussée inflammatoire est suivie d'un second abcès sur le dos de la main. Peu à peu les accidents se calment. Le 3 août les mouvements de flexion qui avaient été possibles dès le 10 juin, mais qui avaient disparu sous l'influence de l'immobilité nécessitée par l'inflammation, commencent à reparaître. On combat la raideur des doigts par des mouvements communiqués. Le 5 septembre le malade sort de l'hôpital ; les mouvements des doigts sont encore bornés ; mais d'après les renseignements fournis par M. Leroux, externe du service qui a revu le malade, ils se sont rétablis depuis, presque dans leur intégrité.

Présentation d'instruments.

M. CRUVEILHIER présente, au nom de M. le Dr Motais, d'Anger, un nouvel *ongle* chirurgical.

L'ongle chirurgical, dit l'auteur, est un ongle d'acier, recouvrant l'ongle naturel. Un anneau très-étroit, embrassant la base de la phalangette et une rainure dans laquelle s'engage l'ongle naturel, lui forment des points d'appui suffisamment solides.

L'ongle chirurgical est destiné à suppléer l'ongle naturel, qui offre trop peu de résistance; il laisse au doigt sur lequel il est ap-

pliqué toute sa sensibilité, la pulpe de la dernière phalange restant libre.

M. Motais l'a employé avec grand avantage dans trois cas de polype utérin implanté sur le col par un pédicule assez large. Il pense que le même instrument pourrait être appliqué de même à l'énucléation des adénomes de l'aisselle, de l'aine et du cou, à la rugination des polypes naso-pharyngiens, au décollement des adhérences anormales du placenta, etc...

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire annuel,

M. Sée.

Mémoires.

Tumeurs lymphadénoïdes de l'avant-bras et du bras gauches (sarcôme globo-cellulaire lymphadénoïde à grandes cellules, de Rindfleisch),

par le Dr Heurtaux (de Nantes), *membre correspondant.*

Observation. — Minesse (Mathurine), agée de 26 ans, domestique, est venue me consulter au mois de mars 1872 pour de petites tumeurs qu'elle porte à l'avant-bras gauche.

Cette fille est pâle, lymphatique, maigre, de faible constitution : cependant elle ne paraît pas avoir eu de maladie antérieure et, notamment, rien qui puisse se rattacher à des accidents scrofuleux ou syphilitiques. Aucun antécédent héréditaire.

Elle raconte qu'elle avait au dos du poignet gauche, sur les limites de l'avant-bras, une tache pigmentaire de naissance qui, il y a 18 mois, devint le siége d'une production ressemblant à une verrue. Cette petite tumeur s'est graduellement accrue, a acquis le volume d'une framboise et n'a pas tardé à s'ulcérer ; puis elle s'est boursouflée, est devenue rougeâtre, inégale à sa surface et a pris l'aspect d'un « champignon. » A cette époque la malade habitait Rennes et y consulta un médecin qui coupa la tumeur au niveau de son pédicule ; mais la plaie ne se cicatrisant pas, il fallut faire plusieurs cautérisations pour obtenir la guérison. Il y a un an que cette plaie est guérie, et l'on remarque aujourd'hui, au lieu qu'elle occupait, une petite cicatrice déprimée dont l'aspect n'a rien de spécial.

Depuis quatre mois ont paru au côté postérieur du même avant-bras de petites tumeurs qui sont aujourd'hui au nombre de six, sans compter d'autres plus petites qu'on découvre à la palpation. Mais, chose singulière, la malade affirme que les tumeurs ont varié de nombre et de siége. Cette fille est intelligente, elle donne des renseignements très-précis et maintient la réalité de ce qu'elle avance.

Ainsi, elle a remarqué que deux ou trois tumeurs se sont montrées tout d'abord à la partie inférieure de l'avant-bras, à peu de distance de la cicatrice, huit mois après la guérison de son premier mal; que ces tumeurs, après une durée de quelques semaines, ont disparu graduellement, par résolution, sans aucune perte de substance, en même temps que des tumeurs semblables se produisaient dans la même région, mais un peu plus haut. Ce phénomène s'est accompli sans qu'aucune médication ait été instituée.

Aujourd'hui (mars 1872) je compte six tumeurs principales qui, toutes, offrent les mêmes caractères. Elles sont disséminées à la face postérieure de l'avant-bras gauche, mais placées en quelque sorte sur deux lignes parallèles, remontant vers la partie supérieure et externe de cette région. Toutes sont ovoïdes, à grand diamètre vertical, et du volume d'une grosse olive (deux centimètres et demi de longueur sur un centimètre et demi à deux centimètres de largeur). Sur quatre d'entre elles, la peau a une coloration rosée ou rougeâtre ; sur les deux autres, elle conserve sa couleur ; elle est adhérente aux tumeurs. Celles-ci sont assez mobiles d'un côté à l'autre, peu mobiles de haut en bas. La consistance est moyenne, ni molle, ni dure ; on n'y trouve point de fluctuation. Toutes ces explorations sont peu douloureuses, cependant la malade se plaint de souffrir quand les tumeurs acquièrent un certain développement et qu'elles arrivent à envahir la peau.

D'après le siége et la forme de ces tumeurs, je suis porté à les considérer comme occupant les vaisseaux lymphatiques, et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'en explorant un peu plus haut le trajet des lymphatiques, on trouve au côté externe de l'avant-bras, vers son tiers supérieur, et même au pli du coude, des nodosités très-petites mais bien appréciables, sans adhérence à la peau, et qui semblent annoncer le développement de nouvelles et semblables tumeurs dans un point plus élevé du système lymphatique. La santé générale ne s'est pas altérée depuis le début de ces lésions.

Les ganglions lymphatiques sus-épitrochléens et axillaires paraissent absolument intacts ; il en est de même des viscères qui n'accusent aucun trouble fonctionnel.

Bien que je sois disposé à regarder ces productions comme malignes, le diagnostic reste incertain à cause de la marche insolite du mal. Dans le doute, l'usage interne de l'iodure de potassium est conseillé.

Ce médicament, employé avec régularité, ne produit aucune amélioration. Loin delà, les tumeurs se multiplient, les points où l'on avait senti de petites nodosités profondes deviennent le siége de nouvelles productions, et l'on peut constater ce que la malade avait elle-même raconté : la disparition de plusieurs tumeurs qui fondent graduellement, par résorption, dans l'espace de quinze jours à trois semaines, sans laisser d'autres traces qu'une coloration rougeâtre et terne de la peau qui persiste pendant quelque temps et finit par s'effacer.

La malade, incapable de travailler, entre à l'Hôtel-Dieu (service de la clinique chirurgicale), le 4 mai 1872. Les phénomènes que nous venons de mentionner tout à l'heure se renouvellent sous les yeux des chirurgiens qui se sont succédé dans le service (MM. les docteurs Letenneur, Raingeard et Montfort). Au mois de juillet, on put compter vingt-cinq tumeurs distinctes offrant toujours les mêmes caractères et paraissant, comme les premières, occuper les lymphatiques. L'avant-bras n'est plus le seul siége du mal: deux ou trois productions semblables se montrent au côté interne du bras, sur le trajet des vaisseaux huméraux. Plusieurs des tumeurs de la face dorsale de l'avant-bras ont disparu sans laisser de traces; cependant il y en a toujours quelques-unes qui persistent en différents points de cette portion du membre.

Les productions morbides étant devenues le siége de douleurs vives, M. Letenneur y pratique à plusieurs reprises des injections de morphine.

Au tiers inférieur du bras, sur le trajet des vaisseaux huméraux, une tumeur plus grosse que les autres tend à l'ulcération: la peau, rougeâtre d'abord, comme sur les autres nodosités, devient violette et s'ulcère. Des injections de morphine ayant été faites dans cette tumeur, on pourrait à la rigueur les accuser d'avoir amené ce résultat; toutefois on sera fort disposé à en douter, si l'on remarque que des injections de même nature, pratiquées dans les autres productions, loin de produire un effet semblable, ont rapidement calmé les douleurs et paru favoriser le mouvement de résolution.

Au mois d'août, cette tumeur du bras, ulcérée, se montre constituée par une substance mollasse, fongueuse, friable, un peu saignante; cependant aucune hémorrhagie n'est survenue. On attaque ce tissu avec la pâte au chlorure de zinc; des portions s'en détachent, mais cela n'empêche pas la production de prendre un accroissement considérable; le tissu morbide ulcère largement la peau, proémine et s'épanouit au dehors.

Quand je prends le service de la clinique pour le semestre d'hiver, au 1er novembre, je trouve la malade dans un état fort grave.

Au côté interne du bras gauche existe une grosse tumeur qui est née au tiers inférieur de cette région et se rattache à son lieu d'origine par un pédicule relativement étroit, ce qui lui donne l'aspect d'un large champignon. Sa surface est excoriée dans toute son étendue, couverte de bourgeons inégaux; la coloration est grisâtre par places, rosée en d'autres points. Toute cette surface est le siége d'un suintement séreux, très-abondant, et d'une odeur fétide qui rappelle les tumeurs malignes ulcérées. La malade éprouve continuellement dans cette production des douleurs qui lui enlèvent presque tout repos.

On trouve en outre à l'avant-bras sept ou huit petites tumeurs non ulcérées, analogues à celles qui ont été décrites au début. Enfin, au bras, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la tumeur principale, on sent une autre petite masse ovoïde, située également sur le trajet des vaisseaux; à son niveau, la peau est sans aucune altération et parfaitement mobile.

Quant aux glandes lymphatiques de l'aisselle, elles paraissent toujours intactes, de même que toutes les glandes lymphatiques des différentes régions; mais il est possible que la grosse tumeur du bras ait eu pour point de départ l'un des ganglions épitrochléens.

La santé générale a, depuis quelques mois, subi de profondes atteintes: la malade est très-amaigrie, décolorée; le pouls est faible et fréquent; l'appétit presque nul. Aucun symptôme du côté du cœur et des voies respiratoires; point d'altération des urines.

Pour calmer les souffrances, on prescrit à l'intérieur des préparations opiacées, et localement l'iodoforme en poudre. Ces pansements ont une influence favorable au point de vue de l'odeur et des souffrances; mais, bien qu'on les renouvelle matin et soir, ils n'améliorent pas beaucoup la triste situation de la malade.

Depuis ce moment jusqu'à la mort, de nouvelles tumeurs ne se sont pas montrées; de toutes celles qui existaient, seule la grosse tumeur pédiculée du bras a augmenté sensiblement de volume. Mesurée le 9 décembre, elle présente un diamètre vertical de 14 centimètres, sur 12 centimètres de largeur; son épaisseur est également considérable, ce qui lui donne à peu près la forme d'une demi-sphère.

L'intégrité probable des glandes axillaires et des organes internes fait proposer à la malade l'amputation du membre; mais cette opération est obstinément refusée.

L'état général s'aggrave de plus en plus: l'amaigrissement est excessif, les lèvres complétement décolorées, le pouls toujours fébrile, la peau chaude. L'appétit est absolument nul, et dans les dernières semaines la malade a une diarrhée presque continuelle et vomit de temps à autre les aliments.

La mort survient sans accidents nouveaux, le 25 janvier 1873.

Autopsie faite le 27 janvier au matin.

Avant de décrire les tumeurs, disons de suite, pour n'y plus revenir, qu'on n'a trouvé aucune altération dans les poumons, le cœur, le foie, les reins et le tube digestif. Il n'y avait, notamment, aucune lésion des plaques de Peyer et des glandes lymphatiques. La rate présentait un volume un peu exagéré, et offrait une induration diffuse de la partie qui correspond au bord antérieur de cet organe. Mais dans cette induration on n'a rien trouvé qui ressemblât au tissu des tumeurs: on a constaté au microscope qu'il s'agissait seulement d'un épaississement de la trame fibreuse de l'organe. Cette altération doit-elle être regardée comme se rattachant aux autres lésions? Peut-on y voir un travail de rétrocession survenu dans une production morbide de la même nature que celles que celles qui existaient à l'extérieur? C'est là une question que je ne chercherai pas à résoudre.

Les tumeurs de l'avant-bras et du bras ont été toutes étudiées, et l'on peut dire que l'examen à l'œil nu et au microscope a donné pour toutes les mêmes résultats.

Le tissu des tumeurs se coupe avec la plus grande facilité; il est

très-mou, et la surface de la coupe tend à faire une saillie légère, ainsi qu'on l'a si souvent indiqué pour les tumeurs encéphaloïdes.

L'aspect de la surface coupée est tout à fait cérébriforme, c'est-à-dire que le tissu est d'un blanc opaque, opalin par places, avec des points et des stries rouges indiquant une assez grande richesse vasculaire.

En passant à la surface de la coupe le dos d'un scalpel, on obtient un suc lactescent, opaque, très-abondant, ayant complétement l'apparence du suc dit cancéreux. Dans deux ou trois tumeurs, le centre est même si mou, que le tissu est presque converti en une pulpe crémeuse demi-liquide.

La grosse tumeur a la même apparence que les autres, et la petite tumeur, qui était en voie de formation au-dessus d'elle, n'en diffère pas non plus.

L'examen au microscope du suc emprunté aux différentes tumeurs montre une masse énorme de grandes cellules très-granuleuses, dont le volume diffère un peu dans les petites tumeurs et dans la grosse. Le suc emprunté à celle-ci contient des cellules dont les dimensions varient de $0^{mm}010$ à $0^{mm}016$ de diamètre. Dans les petites tumeurs en général, les cellules sont plus grandes, car elles ont en moyenne de $0^{mm}015$ à $0^{mm}020$, et même on en trouve quelques-unes qui atteignent $0^{mm}040$. Ces cellules sont presque toutes sphéroïdales, mais quelques-unes se rapprochent un peu de la forme polygonale ou bien ont des contours irréguliers. Dans leur intérieur, on trouve un ou deux noyaux volumineux pouvant aller jusqu'à $0^{mm}015$ à $0^{mm}018$ de diamètre, et pourvus d'un nucléole brillant.

Jusque-là tout semble rattacher ces tumeurs à la variété de carcinome décrite sous le nom d'encéphaloïde, mais l'étude de la trame fournit des résultats intéressants. Je dois à l'obligeance de mon collègue, M. le Dr Malherbe fils, d'avoir pu étudier un bon nombre de préparations microscopiques, obtenues à l'aide de coupes, sur des portions de tumeurs durcies par l'immersion dans les solutions d'acide picrique et colorées par le picrocarminate d'ammoniaque. Ces préparations prouvent qu'il s'agissait ici de cette variété encore peu connue de tumeurs qu'on a décrite sous le nom de sarcome lymphadénoïde ou de lymphadénome. On ne trouve point en effet les grands alvéoles qui caractérisent le carcinome, mais une sorte de réticulum fibrillaire circonscrivant les cellules décrites précédemment. Nous avons dit que les dimensions des cellules diffèrent un peu dans la grosse tumeur et dans les petites, bien que tous leurs autres caractères soient identiques. Les mêmes différences se retrouvent dans le réticulum. Pour la grosse tumeur du bras, les mailles ont un diamètre de $0^{mm}010$ à $0^{mm}020$; tandis que dans les petites tumeurs, surtout dans les plus molles, elles atteignent jusqu'à $0^{mm}047$ de diamètre, ce qui est en rapport avec les énormes dimensions des cellules qui s'y rencontrent. Chaque cellule est entourée de près par les fibrilles du réseau, et il faut chasser avec le pinceau les éléments cellulaires pour bien apprécier la texture réticulée de cette trame délicate.

En résumé, ces pièces ressemblent beaucoup à une figure donnée

par Rindfleisch sous le nom de sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde à grandes cellules. Elles diffèrent notablement, au contraire, de celles qui ont été récemment décrites par MM. Landouzy, Gillot et Deboves. Dans les trois observations que ces auteurs ont rapportées, les éléments étaient en effet d'un petit volume, comparables aux cellules des glandes lymphatiques, et le réticulum qui les contenait ressemblait absolument à celui qui constitue le tissu de ces mêmes glandes. Dans ces trois faits, les productions occupaient le derme cutané lui-même, de sorte que le nom de lymphadénomes cutanés, qu'on leur a donné, est pour elles parfaitement exact. Et comme d'autre part, cliniquement, la maladie avait présenté les caractères de l'affection décrite depuis longtemps déjà sous le nom de *mycosis fongoïde*, M. Gillot, dans son excellente thèse, en a conclu que ce dernier a pour lésion anatomique le développement de tissu lymphoïde dans l'épaisseur de la peau.

Mon observation personnelle diffère notablement de celles dont je viens de parler; elle en diffère par un certain nombre de particularités relatives au siége des tumeurs, aux symptômes et aux lésions anatomiques. Ainsi:

1° Une seule tumeur fut cutanée, celle qui a marqué le début de la maladie; les autres, manifestement profondes, n'ont atteint la peau que secondairement et même tardivement;

2° La maladie est restée localisée au bras gauche; les autres régions étaient absolument indemnes de toute lésion;

3° Des douleurs violentes ont accompagné le développement des tumeurs;

4° On n'a pas remarqué, comme dans le mycosis fongoïde, des plaques congestives ou lichénoïdes, pas d'état squameux de la peau au niveau des points qui sont devenus le siége des tumeurs; mais il n'y a peut-être guère lieu de s'en étonner, puisque les tumeurs ont été d'abord sous-cutanées ;

5° Les éléments cellulaires des productions morbides, dans quelques tumeurs surtout, étaient d'un volume énorme et différaient beaucoup, par leurs caractères, des cellules lymphatiques ordinaires; les mailles du réticulum avaient également des dimensions beaucoup plus grandes que dans le tissu lymphatique normal, dimensions qui, du reste, étaient naturellement en rapport avec celles des éléments cellulaires.

C'est pour tous ces motifs que j'ai préféré au nom de lymphadénome celui de tumeurs lymphadénoïdes donné comme titre à cette observation, attendu qu'il exprime la texture générale de ces productions sans les assimiler complétement au tissu des glandes lymphatiques normales.

Le fait le plus saillant de cette observation c'est, sans aucun doute, la disparition progressive et bien démontrée de plusieurs

tumeurs, par simple résorption, sans aucune ulcération ni perte de substance. Cette résorption a paru quelquefois coïncider avec l'apparition de tumeurs nouvelles en un point plus ou moins éloigné; mais il est arrivé également que des tumeurs ont disparu sans qu'il fût possible d'admettre qu'elles étaient remplacées par d'autres. L'idée d'un déplacement des éléments organiques, d'une métastase plus ou moins lointaine, ne peut donc être sérieusement admise.

Cette évolution est-elle habituelle dans le groupe des tumeurs lymphadénoïdes? Est-elle spéciale à ce genre de productions?

Les exemples de néoplasmes de cette nature sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit permis de se prononcer; mais rappelons encore que les observations publiées par MM. Gillot, Landouzy et Debove nous montrent également des tumeurs à texture lymphadénoïde qui disparaissent spontanément par résorption pure et simple.

Parmi les productions malignes, au rang desquelles les tumeurs lymphadénoïdes que nous venons de décrire doivent trouver place, à côté des carcinomes, y en a-t-il d'autres qui soient susceptibles de présenter le même mode de disparition? C'est là une question que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de résoudre. Plusieurs fois, il est vrai, on a signalé des tumeurs que tous leurs caractères pouvaient faire regarder comme des cancers, et qui se sont résorbées, soit d'une façon définitive, soit pour être remplacées ultérieurement par d'autres productions semblables ayant entraîné la mort (observations de Velpeau, de Paget); mais comme l'étude anatomique manque, il est impossible de dire à quel genre de tumeur on avait affaire.

J'ai vu moi-même, il y a quelques années, un fait de cette nature; et quoique l'examen anatomique des lésions n'ait pas pu être fait, cette observation est trop remarquable pour que je résiste au désir de la publier. Elle présente du reste quelques analogies, et avec la précédente, et avec les observations que l'on a rattachées au mycosis fongoïde.

Observation. — M. P..., notaire, âgé de 43 ans, est venu me consulter le 7 juin 1865 pour une tumeur qui occupe la région lombaire, à gauche de la ligne médiane.

Ce sujet, d'une constitution médiocre, est dyspeptique depuis fort longtemps. Il prétend n'avoir aucun antécédent syphilitique. Étant enfant, il a eu des scrofulides bénignes pendant plusieurs années. Aujourd'hui, on ne trouve aucune trace de scrofules.

Vers l'âge de 28 à 30 ans ont commencé à se montrer, dans le dos et surtout aux reins, de petites tumeurs au sujet desquelles le malade donne les renseignements suivants : au début et pendant toute leur pé-

riode d'accroissement, elles avaient une teinte violacée; plus tard elles perdaient leur couleur violette, devenaient flasques, s'affaissaient et laissaient des cicatrices blanchâtres déprimées. Cette évolution avait, pour chaque tumeur en particulier, une durée de quelques mois; mais de temps en temps survenait une poussée de productions semblables, de sorte que le malade restait rarement plus d'une année sans en avoir. Ordinairement, les tumeurs se montraient au nombre de six ou sept à la fois, rarement il n'y en avait que deux ou trois.

Le malade m'est adressé par mon confrère, M. Bataille, pour une assez grosse production qui occupe les reins, à gauche de la ligne médiane, et dont l'origine remonte à trois ou quatre mois. C'est une masse un peu elliptique dont le grand diamètre, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, mesure sept centimètres et demi, et le petit diamètre sept centimètres. Elle fait une saillie qu'on peut évaluer à trois centimètres. Dans toute son étendue, elle offre une couleur violacée que je ne saurais mieux comparer qu'à celle de l'anthrax. Cette tumeur paraît s'être développée à la fois dans la peau et le tissu conjonctif sous-cutané, qu'elle confond en une masse commune, de sorte que le tégument ne peut être soulevé. Elle offre peu de mobilité sur les couches profondes, mais ses limites périphériques semblent assez nettes, quoique les bords, non abrupts, se continuent sans ligne de démarcation très-précise avec les parties voisines. La surface en est lisse, égale, sans trace de division en plusieurs lobes. La consistance de cette production est assez ferme; le malade n'y ressent point de douleurs véritables, mais un sentiment de tension pénible.

Il existe en outre à la partie supérieure du dos, entre les épaules et sur la ligne médiane, deux petites tumeurs très-voisines l'une de l'autre, pédiculées, mollasses, flasques, offrant la couleur normale de la peau. Le malade dit que ces tumeurs sont de la même nature que celles qu'il a maintes fois observées, qu'elles sont en voie de décroissance, et que certainement dans quinze jours environ elles auront complétement disparu, ce qui effectivement s'est réalisé.

Enfin on remarque sur toute l'étendue des reins et du dos un grand nombre de cicatrices irrégulièrement disséminées, larges d'un centimètre à peu près, plissées et déprimées, un peu plus blanches que la peau voisine, et ressemblant assez bien à des cicatrices de gros furoncles. Ce sont les traces indélébiles des tumeurs dont l'évolution vient d'être racontée. En aucune autre région du corps on ne trouve de lésions appréciables, et notamment les glandes lymphatiques et les viscères paraissent intacts.

Considérant la grosse tumeur comme une production maligne, je conseillai avec instance au malade de se soumettre à une opération ; mais engagé dans des affaires urgentes, M. P... fut contraint de remettre l'opération à une époque assez éloignée et en fixa la date aux premiers jours du mois d'août.

Le 29 juillet, le malade revient me voir, et je constate que la tumeur lombaire s'est notablement accrue. Elle mesure actuellement 9 centimètres sur 8 et fait une saillie plus considérable : la couleur de la peau

est plus violacée, et cependant aucune excoriation ne s'y est produite; enfin d'assez vives douleurs s'y font sentir, surtout quand les reins sont appuyés contre le dossier d'un siége.

Peu de jours après, le 5 août, M. P... se présente de nouveau à moi; il est souriant et prétend que sa tumeur est en voie d'amélioration. J'étais disposé à croire à une illusion de malade; mais ayant examiné la tumeur, je reconnais qu'en effet, et contre mon attente, de notables modifications se sont accomplies: la production est manifestement moins saillante, moins dure; ses bords sont plus mous et moins nettement délimités. Ce changement si remarquable s'est effectué en moins de huit jours. Aucun traitement n'ayant été mis en usage, il faut rattacher l'amélioration aux seuls efforts de la nature. L'opération, qui devait être faite quelques jours plus tard, est nécessairement ajournée.

Le 28 août, tout engorgement a disparu: il ne reste plus aucune saillie, aucune induration, la peau est souple et mobile; une teinte violacée qui persiste encore est la seule trace matérielle de cette remarquable tumeur. Trois mois après, la coloration violette n'était plus appréciable elle-même: la peau avait simplement un aspect ridé, comme gaufré, mais avait absolument repris sa souplesse et sa mobilité normales.

Il faut remarquer que cette disparition s'est effectuée sans qu'aucune autre tumeur se soit montrée en un point quelconque du corps; et pendant cinq mois, M. P... a pu se croire complétement guéri.

Le 17 février 1866, le malade vient me trouver pour deux glandes qui ont paru dans l'*aisselle droite*. Il y a, dit-il, quinze jours qu'il s'en est aperçu, et depuis ce moment elles se sont constamment accrues. On sent en effet, profondément placées, deux glandes dures, mobiles, un peu douloureuses. La marche suivie par la précédente tumeur m'empêche de proposer immédiatement l'opération, et je me borne à prescrire l'iodure de potassium à l'intérieur.

Je cesse de voir le malade jusqu'au 21 avril, époque à laquelle il existe dans l'aisselle une tumeur tellement grosse et peu mobile que je juge l'opération impraticable. De plus, la santé générale s'est détériorée, ce qui n'avait pas eu lieu jusque-là.

Le 13 juillet, je vois le malade en consultation avec MM. les docteurs Patoureau et Bataille. La tumeur constitue en ce moment une énorme masse qui remplit toute l'aisselle; la peau, rougeâtre, est peu mobile; des veines sous-cutanées, volumineuses, rampent au voisinage et à la surface de la tumeur. Il y a de l'amaigrissement et de l'inappétence.

Au mois d'août, la tumeur s'ulcère largement, et peu de temps après une large plaque gangréneuse envahit le tissu morbide et se détache avec lenteur. Un suintement ichoreux et fétide coule en abondance. La tumeur est devenue presque aussi grosse qu'une tête d'adulte; le bras est fortement déjeté en dehors; des douleurs atroces se font sentir dans la tumeur et dans le bras lui-même qui est engourdi, inerte, paralysé du mouvement et du sentiment. Le malade, retenu constamment au lit, a un teint cachectique; il est extrêmement amaigri, offre de l'œdème des jambes. Point d'appétit; constipation opiniâtre; absence

de sommeil; fièvre continue. On n'observe rien qui puisse faire croire à des lésions viscérales.

Enfin le malade succombe dans l'affaissement, le 13 décembre 1866. L'autopsie ne put être faite.

Bien que l'examen anatomique fasse ici complétement défaut, cette observation offre un grand intérêt clinique, et l'on ne saurait méconnaître ses relations avec la précédente: l'aspect des tumeurs, leur évolution, la coloration rougeâtre ou violette de la peau, enfin l'issue définitive de la maladie, tout cela constitue un groupe symptomatique commun aux deux faits que j'ai observés. Dans celui qui est rapporté en dernier lieu, il faut remarquer la longue durée du mal, puisque pendant 14 ou 15 ans des poussées successives se sont produites en grand nombre sans altérer la santé du malade. On doit noter en outre cette résolution des tumeurs qui s'effectue sans que des tumeurs nouvelles se manifestent en aucun point: ce fait est incontestable au moins pour la période pendant laquelle j'ai observé le sujet, puisque pendant cinq mois M. P... a été indemne de toute tumeur.

Si l'on a égard à la longue durée de la maladie et aux caractères des premières tumeurs, on pourra trouver dans cette dernière observation une certaine analogie avec les faits de mycosis fongoïde dont nous avons parlé. Cependant nous devons encore mentionner quelques différences assez importantes:

1° Les tumeurs ont été localisées à la partie postérieure du tronc et à l'aisselle droite;

2° Il faut remarquer le volume considérable de la tumeur lombaire et l'énorme développement de la tumeur de l'aisselle. Dans le mycosis fongoïde, des tumeurs d'un volume semblable ne paraissent pas avoir été observées;

3° La tumeur lombaire avait des bords non abrupts, se continuait sans ligne de démarcation très-tranchée avec les parties saines voisines; sa surface était lisse, non lobée, de sorte que l'on ne pouvait pas considérer cette production comme le résultat d'une agglomération de plusieurs noyaux qui, d'abord isolés, se seraient plus tard réunis. Or, quand le mycosis fongoïde présente des tumeurs un peu grosses, celles-ci sont lobées, composées de plusieurs noyaux primitifs, et dans tous les cas leurs bords sont tout à fait abrupts;

4° Des douleurs très-vives se sont fait sentir dans les principales tumeurs, ce qui n'est point le cas du mycosis fongoïde;

5° On n'a point observé, comme dans le mycosis, de plaques congestives ou lichénoïdes, ni d'état squameux de la peau.

Quoi qu'il en soit, on ne peut cependant contester qu'il n'y ait une grande analogie entre les deux faits que je viens de rapporter

et ceux qui, décrits antérieurement sous le nom de lymphadénomes cutanés, sont regardés comme constituant la lésion anatomique du mycosis fongoïde.

En supposant que l'on ne veuille pas tenir compte de ma seconde observation, si l'on se borne à enregistrer la première et si on la compare aux faits publiés précédemment, on peut de ce rapprochement tirer quelques conclusions qui sans doute seront plus tard profondément modifiées et complétées, à mesure que les faits se multiplieront, mais qui déjà, malgré leur insuffisance, offrent un certain intérêt:

1° Les tumeurs lymphadénoïdes sont caractérisées par un tissu qui tantôt rappelle complétement la texture normale des glandes lymphatiques (lymphadénomes proprement dits), et qui d'autres fois s'en éloigne notablement, à cause des grandes dimensions des cellules et des mailles du réticulum (tumeurs ou sarcomes lymphadénoïdes);

2° Ces productions ont une tendance toute particulière à se montrer dans la peau et les lymphatiques sous-cutanés ;

3° L'ensemble de leurs caractères cliniques doit les faire rattacher aux tumeurs malignes;

4° Le fait clinique le plus saillant qui s'y rattache, c'est que, malgré la gravité des lésions, celles-ci peuvent disparaître par résolution, sans laisser aucune trace, et en l'absence de toute médication. Il est même probable que la résorption de ces tumeurs est très-fréquente; mais il est impossible de dire dans quelle proportion;

5° Toutefois la résolution ne saurait être regardée comme une guérison définitive, attendu que de nouvelles tumeurs se produisent, soit au moment même où les précédentes disparaissent, soit plusieurs mois après;

6° Tôt ou tard, une tumeur plus volumineuse que les précédentes ne se résorbe pas, continue de s'accroître, altère la santé générale et finit par entraîner la mort.

Le gérant : G. Masson.

Paris.— Imp. Paul Dupont, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41. (70, 2-5.)

Séance du 27 janvier 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : *Les publications périodiques de la semaine.*

M. Larrey offre son *rapport sur le concours des prix Monthyon.*

M. Verneuil offre les ouvrages suivants : *Deux cas de tétanos traumatique, traités par le chloral hydraté et suivis de guérison, par le Dr J.-B. Maseuro, premier médecin du bey de Tunis.* — *Du rôle des organismes inférieurs dans les lésions chirurgicales, par le Dr G. Nepveu.* — *Une observation manuscrite pour servir à l'histoire des lésions vasculaires dans les brûlures, par M. Pozzi.* (Commissaires : MM. Trélat, Tillaux, Verneuil). — Un mémoire imprimé sur *la déviation du bassin dans la coxalgie, par M. Verneuil.* — La thèse inaugurale de M. Mary sur *l'hémorrhagie après l'ablation des amygdales.*

Une observation manuscrite de M. Ribell, membre correspondant à Toulouse.

Cette observation est intitulée :

Tétanos consécutif à une métrorrhagie avec purpura hemorrhagica et diphtérite vaginale. Injections hypodermiques de chloral; guérison.

Madame F....., âgée de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu quatre enfants et après chaque accouchement elle a été atteinte de *purpura hemorrhagica.* Son dernier accouchement a eu lieu le 16 août 1874 ; un mois après, elle se fatigua beaucoup en donnant des soins à un enfant malade. Vers le 13 octobre, elle eut une perte assez abondante, qui nécessita le tamponnement. En même temps le corps se couvrait de plaques hémorrhagiques très-nombreuses, dont l'étendue variait depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un œuf de poule, et la face prenait une teinte ictérique très-prononcée. Lorsque, au quatrième jour, le tampon fut enlevé, on trouva sur les grandes et les petites lèvres des plaques diphtéritiques, qui envahirent ensuite la muqueuse vaginale tout entière. (Lotions phéniquées, alimentation tonique.) Amélioration sensible.

17 octobre. — Frisson violent, survenu pendant la nuit, en l'absence de toute cause appréciable, avec refroidissement des extrémités et claquement des dents. Après trois heures de durée, réaction lente et pénible ; la face resta blême, le pouls filiforme pendant presque toute la journée. La malade avait éprouvé quelques contractions aux bras et derrière le cou, mais surtout une grande fatigue le long du rachis. (Un gramme de sulfate de quinine.)

Le soir, retour de la chaleur, pouls à 120, température : 32°.

18 octobre. — Rien d'anormal.

Dans la nuit du 18 au 19, vers trois heures du matin, crampes d'estomac et contraction des muscles du cou ; puis raideur de la tête et légère difficulté de la déglutition, avec un peu de trismus. Ces symptômes augmentèrent rapidement et ne laissèrent aucun doute sur l'existence du tétanos.

Traitement : sirop de Follet (contenant un gramme de chloral par cuillerée) à la dose d'une cuillerée chaque demi-heure. Lotions au perchlorure de fer sur les parties envahies par la diphtérite.

Six cuillerées de sirop procurèrent cinq heures de sommeil avec relâchement de la contracture. Mais le trismus reparut quand la malade se réveilla.

Même traitement le 19 et le 20 octobre, sans changement notable. On cherchait à soutenir les forces par du jus de viande, du vin de Bordeaux, du bouillon concentré.

21 octobre. — Douleurs rachidiennes et suffocation. A 9 heures du matin, injection sur les côtés de la nuque d'environ deux grammes de chloral en solution.

A dix heures, même injection, qui fut répétée ensuite à onze heures, à midi, à une heure, à deux heures.

Après la troisième injection seulement, la malade éprouva un peu d'engourdissement ; le sommeil arriva à la cinquième, mais n'empêcha pas de faire une sixième injection, de sorte que douze grammes de chloral furent portés sous la peau.

Pendant le sommeil, qui dura neuf heures, le pouls était calme et régulier, la respiration facile, le trismus avait disparu et tous les muscles étaient relâchés. En se réveillant, la malade prit facilement un potage et un verre de vin ; elle urina, puis se rendormit.

La nuit fut bonne, ainsi que la journée du 22 octobre. Le soir, un peu de raideur de la tête et sur les joues ; injection sur les masseters, qui ramena le sommeil. Dans la nuit, transpiration abondante, qui continua dans la matinée du 23. A partir de ce moment, l'amélioration ne cessa de faire des progrès. Quatorze grammes de chloral avaient été injectés. En même temps la diphtérite n'avait cessé d'être combattue par les lotions phéniquées et les attouchements avec le perchlorure de fer. La convalescence a été extrêmement lente.

Il s'agissait véritablement, dans ce cas, d'un tétanos. Il ne pouvait être question d'une *contraction spasmodique* de la mâchoire, due généralement à une maladie des alvéoles dentaires ou des

gencives, ni du *spasme traumatique* des blessés, lequel commence toujours par le membre blessé et se montre d'une manière intermittente, avec de longs moments de repos, accompagnés d'une cessation complète des contractions. On ne pouvait songer à la *méningite spinale*, non plus qu'à un empoisonnement par la strychnine. Quant à l'*éclampsie post partum*, il suffit de se rappeler que la malade était accouchée depuis deux mois quand les accidents éclatèrent.

Ma malade était-elle atteinte de tétanos traumatique ou de tétanos *à frigore ?* Je crois que c'est au tétanos traumatique que j'ai eu affaire. Ce tétanos se présente en général dans les premiers quinze jours qui suivent l'accident ; son invasion est lente, les contractions n'apparaissent que peu à peu ; elles sont la plupart du temps précédées par des douleurs vagues, indéfinissables, puis vient la gêne du cou, la raideur de la tête, puis enfin la dysphagie, le trismus, etc. Le tétanos à *frigore* procède plus rapidement ; dans une observation de Mirbeck, un enfant qui, étant en sueur, reçut un verre d'eau froide sur la poitrine, eut immédiatement des spasmes tétaniques qui amenèrent la mort en deux jours. Dans le premier, les contractions sont intermittentes, du moins dans le commencement de l'invasion, et ce n'est que plus tard qu'elles deviennent continues ; dans le second, la contraction tétanique est constante, il n'y a pas d'intermittence, et ce n'est que vers la fin que l'intermittence s'établit.

Quant au traitement, les résultats obtenus par M. Verneuil ont fait naître dans le public médical des espérances qui, sans s'être réalisées complétement, ont cependant donné une certaine impulsion vers l'emploi du chloral dans le tétanos. Plus tard, M. Oré injecte le chloral dans les veines et amène l'anesthésie ; sa tentative est foudroyée par l'Académie de médecine. Ne s'est-on pas trop pressé ? le temps nous le dira. Quoi qu'il en soit, l'expérience n'a pas dit son dernier mot. A cette même époque, grâce à l'amitié qui m'unit aux professeurs de notre école vétérinaire, MM. Arloing et Lafforie, je pus me rendre compte, par l'expérimentation, des faits annoncés ; sans vouloir entrer dans le détail des expériences faites, je puis affirmer que sur dix chiens injectés par les veines avec une solution aqueuse contenant de 5 à 11 grammes d'hydrate de chloral, je n'ai jamais compté un seul accident. Tous, sous l'influence de l'injection, sont tombés dans un sommeil profond, avec résolution complète des membres et complète insensibilité; tous, après un temps plus ou moins long, se sont réveillés et ont continué à vivre.

A l'occasion du procès-verbal, MM. Trélat, Le Fort et Désormeaux rappellent que plusieurs fois déjà on a inventé des ongles chirurgicaux analogues à celui du docteur Motais.

Lectures.

M. Vernenil donne lecture de la deuxième partie de son mémoire sur la *forcipressure*.

Forcipressure de nécessité.

Je rassemble sous ce titre tous les cas dans lesquels, la ligature paraissant impraticable ou l'étant en réalité, on a eu recours, pour arrêter l'hémorrhagie, à la pince ou à d'autres agents mécaniques analogues, laissés en place sur le vaisseau blessé. Cette impossibilité de la ligature a été tantôt prévue à l'avance, tantôt inopinément constatée dans le cours d'une opération.

Dans le premier cas, la forcipressure *préméditée* a été exécutée à l'aide d'instruments spéciaux inventés pour atteindre des vaisseaux inaccessibles, comme l'intercostale, la méningée moyenne, l'épigastrique, les rameaux amygdaliens, etc.

Dans le second, le chirurgien pris au dépourvu et n'ayant à sa disposition qu'une pince, s'est borné à la porter sur le vaisseau et à l'y maintenir plus ou moins longtemps. Ces cas de forcipressure *improvisée,* auxquels appartiennent la plupart de ceux que j'ai eu l'honneur de vous communiquer, constituent, suivant moi, la série la plus intéressante ; malgré le nombre relativement très-petit de faits qu'elle renferme, elle suffit pour rappeler au chirurgien qu'en cas de surprise, il possède une ressource précieuse, utilisable en tout temps, en tout lieu, et dont il porte toujours avec lui les agents.

Si la logique était la règle de ce monde et si l'esprit procédait du simple au composé, on aurait dû d'abord essayer la pince, et en cas d'insuffisance, imaginer des machines plus efficaces, fussent-elles plus compliquées ; c'est dans l'ordre inverse qu'on a marché.

Forcipressure préméditée.—C'est peut-être pour l'intercostale que fut d'abord créée la forcipressure *instrumentale.* Bien que la ligature méthodique de cette artère soit beaucoup moins difficile qu'on ne le croit, (j'ai pu m'en convaincre par de nombreuses expériences sur le cadavre) bien qu'elle ait été même plusieurs fois déjà pratiquée avec succès, elle a passé longtemps pour impossible ; aussi, depuis plus de cent ans, on a proposé une foule de pinces destinées à la remplacer. L'un des plus anciens, si j'en crois M. Adamkievicz [1], se rapporterait à la forcipressure exécutée avec une la-

[1] M. Albert Adamkievicz a publié dans les *Archiv. für klinische Chirurgie*, de Langenbeck (année 1872, t. XIV), un mémoire couronné par la Faculté de Würzburg et intitulé : *Die mechanischen Blutstillungsmittel bei verletzten*

melle de plomb pliée en deux. Cet auteur, parlant (p. 118) des compresseurs qui agissent à la manière du pouce et de l'index, et dont les deux branches ne sont réunies par aucun mécanisme particulier, cite « le compresseur pour l'artère intercostale de La Faye, qui consiste simplement en une languette de plomb recourbée, avec un bout moins long pour la paroi interne et un bout plus long pour la paroi externe de la poitrine. »

Je crains que M. Adamkievicz, qui d'ailleurs ne renvoie pas à la source bibliographique originale, se soit trompé, car j'ai vainement cherché le procédé en question dans les *Principes de chirurgie* de La Faye, dans les notes ajoutées par ce chirurgien au *Traité des opérations* de Dionis, ouvrages qui contiennent cependant de longs passages sur l'hémorrhagie de l'intercostale, enfin dans les écrivains des dix-huitième et dix-neuvième siècles, Belloq et Harder surtout, qui ont traité avec soin l'historique de la question.

En attendant que l'auteur en soit bien connu, je retiens le procédé de la lame de plomb dans le cadre de la forcipressure ; en revanche j'en exclus celui de Belloq, dont la machine n'agit point sur l'artère comme une pince, mais plutôt comme un crochet mousse.

Après l'intercostale vient la méningée moyenne. A une époque où la trépanation était en grand honneur et où l'on s'occupait beaucoup des plaies de tête, on devait naturellement songer à la blessure des vaisseaux pariétaux du crâne. En 1768, nous trouvons figuré dans le *Précis de chirurgie pratique*, de Portal[1], « un tourniquet propre à arrêter les hémorrhagies qui surviennent après l'ouverture de l'artère de la dure mère, du sinus longitudinal supérieur et des sinus latéraux, inventé par M. Foulquier, chirurgien de Béziers[2]. »

Le tourniquet de Foulquier se compose de deux branches qui figurent par leur réunion un fer à cheval et qui, maintenues écartées par un ressort, peuvent être plus ou moins distantes. Chacune d'elles se termine par une plaque fixée à angle droit, et porte une plaque mobile de haut en bas qui peut se rapprocher de la pre-

Arterien, von Paré bis auf neueste Zeit. Cet important travail qui compte plus de 200 pages est un exposé historique généralement exact et impartial, bien qu'il présente quelques inexactitudes et quelques omissions. Je l'ai utilisé à plusieurs reprises et j'en conseille la lecture.

[1] A la fin du Ier volume, à la page 12 de la table des planches, et *pl.* VII, *fig.* 5.

[2] L'instrument, d'après Portal (*Op. cit.*, IIe vol , p. 358), fut adressé à l'Académie de chirurgie, qui lui donna son approbation. Il est également représenté dans un beau recueil de planches. (Perret, *l'Art du coutelier*, 1772, 2e partie, p. 412 ; et *pl.* CXXXV, *fig.* 21 et 22.)

mière à l'aide d'une vis; chaque branche, en somme, représente assez exactement le podomètre du cordonnier.

Voici comment Portal décrit l'usage de cet instrument : « Lorsque, après une fracture du crâne ou une opération de trépan, l'artère de la dure-mère ou quelqu'une de ses branches est ouverte, on arrête l'hémorrhagie avec le tourniquet armé de la platine oblongue. On l'applique à la faveur de l'ouverture du trépan ; on engage la platine (plaque inférieure) sous la dure-mère, qu'on a eu soin d'inciser vis-à-vis la portion d'os correspondant à l'origine du vaisseau, et on fait agir la principale vis (celle qui meut la plaque supérieure) jusqu'à ce que la compression soit suffisante. »

Le même procédé convient à l'ouverture du sinus longitudinal ou des sinus latéraux ; seulement on remplace la plaque inférieure oblongue par une autre plaque fourchue, dans la fissure de laquelle on engage le vaisseau, qu'on a eu soin de diviser en travers, manœuvre dont, soit dit en passant, je ne comprends pas bien l'exécution ni l'utilité.

Quarante ans plus tard environ, Carl Graefe, qut était plus ingénieux qu'érudit, imagina dans le même but et perfectionna successivement un instrument fondé sur le même principe que celui de Foulquier, et comprima l'artère méningée par la même manœuvre.

Dans un premier mémoire [1], Graefe dit d'abord que les hémorrhagies de la méningée moyenne et de ses branches sont loin d'être rares et qu'elles empêchent de faire la trépanation sur certains points du crâne. Ne connaissant point sans doute l'invention du chirurgien français, il s'étonne qu'on n'ait encore proposé aucun bon moyen de les arrêter, si ce n'est par des procédés de compression qu'il décrit en les accusant d'être inefficaces et dangereux. Il indique alors les conditions d'un bon compresseur.

Il doit : 1° s'adapter à toutes les ouvertures faites par le trépan et aux crânes d'épaisseur différente ;

2° Masquer le moins possible le champ de l'ouverture pour laisser couler les exsudats de la plaie ;

3° Serrer le vaisseau au degré nécessaire, être solidement assujetti, ne pas se déplacer, se maintenir sans le secours d'un aide, être construit en acier ou en cuivre, pour ne pas fléchir ;

4° Ne recouvrir que dans une étendue suffisante la dure-mère et n'être ni trop large ni trop étroit ;

5° Être d'une application prompte et facile et permettre aisément les pansements.

[1] Carl Graefe, in Halle : *Blutungen durch Trepanation erregt, ihre Wichtigkeit und die Mittel sie zubeseitigen*, journal de Hufeland, t. XXVII, 3e fasc., p. 102. Berlin, 1808.

Partant de ces principes, il figure et décrit une machine fort compliquée, composée d'une grande plaque commune ou interne qu'on introduit sous les os, et de deux autres plus petites, plaques externes, indépendantes et mobiles destinées à reposer sur le cuir chevelu. Des vis rapprochent ces dernières de la première.

Quand on applique le compresseur, la plaque inférieure est glissée sous la dure-mère et les supérieures s'appuient sur les téguments ; par leur rapprochement elles aplatissent naturellement l'artère comme le feraient le pouce et l'index, ou une pince qui comprendrait entre ses mors la dure-mère, la paroi osseuse et la peau. C'est en vertu de ce mode d'action que je compte cet appareil comme agent de forcipressure.

L'auteur annonce qu'il a employé son instrument, qu'il a très-bien réussi et que le patient n'accusa aucune gêne particulière. A l'autopsie on constata que le cerveau, au niveau de la plaque inférieure, n'était nullement altéré. Mais il avoue, ce qui ne doit pas surprendre quand on voit cet engin, qu'une fois l'application, entre les mains d'Eckhold, fut très-laborieuse. Il termine ce premier mémoire en se demandant si son compresseur ne pourrait pas servir à l'artère intercostale.

En 1810, dans un second travail [1], Graefe reconnaît que son appareil primitif était très-compliqué et très-coûteux, qu'il ne convenait pas à tous les cas, et enfin que plusieurs de ses confrères se sont plaints à lui des difficultés de la mise en place. Alors il en propose un autre, dont il vante les perfections et qui en effet est un peu plus simple, sans être encore d'un maniement bien commode. La compression se fait par le même mécanisme, mais la machine est réduite à une des moitiés de la première. Elle rappelle déjà l'outil nommé *presse* dont se servent les menuisiers pour le plaçage et l'assemblage des pièces. Graefe ajoute qu'il suffit de laisser le compresseur en place huit heures ou seize au plus.

Il faut croire que cette seconde édition n'était pas encore parfaite, car 1815 en vit paraître une troisième. Voici à quelle occasion :

Le Dr Ferg (et non Féry comme l'écrit M. Adamkiewicz, médecin praticien à Nuremberg, publia en 1828 un mémoire intitulé *Zur Lehre von der Trepanation* [2]. Il s'étonne à son tour qu'on se soit si peu occupé de la blessure des artères de la dure-mère et qu'on n'ait pas trouvé de moyen d'arrêter les hémorrhagies. Il félicite Carl Graefe d'avoir comblé cette lacune en inventant et en perfectionnant son instrument, et en sollicitant encore de nouveaux

[1] *Journal de Hufeland*, novembre 1810, t. XXXI, p. 35.
[2] *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, t. XII, p. 176.

progrès. Ce vœu l'engage à faire connaître le compresseur qu'il a imaginé dans le même but, en 1793, et soumis à l'appréciation de Schreger. L'instrument de Ferg est en vérité très-simple; c'est exactement la presse du menuisier convenablement garnie pour exercer une douce pression.

L'auteur, le comparant à celui de Graefe, lui reconnaît tous les avantages de ce dernier et un emploi beaucoup plus facile, ce qui est incontestable; il peut même servir quand l'artère est contenue dans un canal osseux.

Ferg rapporte à la suite un cas où, sans son instrument, l'opération n'aurait pu être exécutée. Je regrette de ne pouvoir transcrire ici cette curieuse observation; je me contenterai de dire que l'artère temporale interne (*sic*) ayant été ouverte par la couronne de trépan et fournissant une hémorrhagie très-abondante, on dut appliquer le compresseur qui arrêta sur-le-champ l'hémorrhagie. L'instrument fut enlevé le soir, il avait parfaitement rempli son rôle.

A la suite de ce mémoire, le Dr Sick, de Berlin, publie une note[1] dans laquelle il insinue que Ferg ne connaissait sans doute pas le deuxieme instrument de Graefe, que la simplification qu'il propose, a été déjà indiquée en 1815 et que le nouveau compresseur de Graefe (du troisième modèle, par conséquent) se trouve, depuis cette époque, dans tous les arsenaux de chirurgie de Berlin. Du reste, Sick donne la description de ce troisième compresseur qui, par sa forme, rappelle tout à fait le podomètre des cordonniers; il va sans dire qu'en terminant il lui donne la préférence sur celui de Ferg, ce qui me paraît assez injuste.

Il paraîtrait qu'un autre Allemand, Hager, a jugé à propos d'inventer un sixième compresseur, mais je n'ai pu en prendre connaissance.

Toute cette fécondité instrumentale a peut-être rendu des services à l'étranger, mais on s'en est, en France, fort peu soucié, car nos auteurs ne citent pas plus leur compatriote Foulquier que Graefe, Ferg, Sick et Hager. Les quelques Allemands modernes que j'ai consultés ne semblent pas attacher grande importance à ces compresseurs. Chélius dit qu'on peut arrêter le sang de la méningée moyenne par la compression avec de la charpie, par les instruments de Faulquier (*sic*) et de Graefe ou la cautérisation avec un stylet rougi. L'expérience montre encore, dit-il, que cette hémorrhagie cède le plus souvent, après l'enlèvement du caillot, à une compression digitale de quelques minutes[2].

[1] *Erganzungen zu der Abhandlung der Herrn Dr Ferg über Compresserien zur Stillung der Blutungen ans der Arteria meningea*, même volume, p. 592.

[2] *Handbuch der Chirurgie*, 7e éd., 1851, t. I, p. 474.

Victor V. Bruns, en faisant la liste des instruments pour la trépanation, cite le compresseur de l'artère méningée moyenne comme un instrument dont on pourrait à la rigueur se passer (*entbehrliche Instrument*)[1].

Emmert, après avoir rappelé les divers compresseurs, ajoute : Si l'on manque d'un tel instrument, on peut exercer la compression avec une spatule ou une pince[2].

Nous voici revenu aux moyens simples. Notre collègue et ami Léon Lefort en indique un qui ne l'est pas moins. Si l'artère méningée moyenne, dit-il, donnait lieu à une hémorrhagie, on pourrait la comprimer à l'aide d'un bourdonnet de charpie placé dans le crâne et retenu par un fil à l'extérieur (*Physick*) ou avec une plaque de plomb recourbée qui embrasserait les deux faces de l'os, etc[3].

On a vu que la pression avec un davier avait instantanément arrêté le sang d'une artère renfermée dans un canal osseux complet ; ce moyen entre mes mains a donc déjà fait ses preuves. J'ai répété sur le cadavre l'expérience avec la pince de plomb, elle réussit très-bien et j'en recommande l'emploi.

Je me suis servi d'une lamette de plomb d'un millimètre d'épaisseur, longue de 3 centimètres et large de 8 millimètres. Je la courbe préalablement en forme de fer à cheval; l'une des branches est glissée sous la dure-mère, l'autre repose sur la face externe de l'os; avec un davier, je serre fortement les deux branches qui conservent ainsi le degré de rapprochement qu'on leur a donné, et qui compriment très-efficacement les parties étreintes. Il suffit, pour enlever cette pince, de couper avec des ciseaux le plomb au niveau de l'angle formé par les deux moitiés. Celles-ci, devenues libres, se détachent d'elles-mêmes.

Pour ne pas scinder l'histoire des tentatives hémostatiques applicables à la méningée moyenne, nous avons abandonné l'ordre chronologique. Si nous retournons en arrière, nous trouvons encore des instruments applicables à une autre artère profonde et peu accessible : je veux parler de l'épigastrique, dont la ligature méthodique n'a été décrite qu'assez tard.

En 1815, Hesselbach imagina une pince que je ne connais que par la description sommaire qu'en donne M. Adamkiewicz; elle se compose, paraît-il, de deux branches réunies par une simple articulation, terminées par une pelote et susceptibles d'être rappro-

[1] *Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen der Gehirns, etc.* Tubingen, 1854, p. 1064.

[2] *Lehrbuch der Chirurgie*, 2e éd., IIe vol., p. 39, 1860.

[3] *Manuel de méd. opérat.* de Malgaigne, 8e éd. de Lefort, 1re partie, 1874, p. 365.

chées et fixées l'une contre l'autre par une vis [1]. Schindler aurait aussi proposé son instrument dans le même but. Je n'ai pu m'en asurer moi même. (*Voir* Adamkiewicz, p. 119.)

En 1821, nous voyons réapparaître la pince de plomb dans un cas où la ligature est impossible. C'est Richerand qui nous signale cette nouvelle application : « Une plaque de plomb recourbée de bas en haut et serrant la partie inférieure de la cloison des fosses nasales à la manière d'une pince, peut être employée pour les lésions des rameaux qui remontent dans l'adossement des cartilages des os du nez [2]. » Ce texte ne nous apprend pas s'il s'agit là d'une proposition théorique ou d'un procédé réellement mis en usage. Toutefois l'idée n'est pas à dédaigner. Je me souviens qu'un jour je fus fort gêné par l'hémorrhagie fournie par les artères de la cloison. Je venais, dans une opération de bec-de-lièvre compliqué, d'exciser le tubercule médian. Aussitôt de la lèvre postérieure de la plaie, deux jets de sang relativement très-volumineux jaillirent de la profondeur de la muqueuse au point où elle s'accole au cartilage. J'eus beaucoup de peine à arrêter l'écoulement par la compression digitale et le tamponnement. Je pense aujourd'hui qu'on en serait facilement venu à bout avec la plaque de plomb pliée en deux et serrée avec un davier, ou même avec une pince ordinaire tenue quelque temps en place.

En 1831, dans un mémoire d'Angelstein que nous analyserons plus loin, est indiquée une pince spéciale imaginée par Hennemann et figurée dans la thèse de Holtze [3]. Elle se compose, paraît-il, de deux branches s'écartant d'elles-mêmes par leur élasticité, mais qu'on peut rapprocher à l'aide d'une gaîne. Ce qui nous intéresse dans cet instrument, c'est qu'il a été employé pour arrêter le sang des piqûres des sangsues. C'est à notre connaissance la première mention de la forcipressure appliquée à cette hémorrhagie qui a tant exercé l'ingéniosité des chirurgiens.

En 1850, M. le Dr Galiay, de Tarbes, imagina une *pince destinée à arrêter les hémorrhagies provenant de la blessure de l'arcade palmaire* [4].

C'est une pince en fer trempé ayant la forme d'une pince à sucre,

1 Hesselbach, *Beschreibung und Abbildung eines Instrumentes zur sicheren Entdeckung und Stillung einer bei dem Bruchschnitte entstandenen gefährliche Blutung.* Würburg, 1815, in 4o avec planches. Je n'ai pu me procurer ce travail, et je serais bien reconnaissant envers celui qui le mettrait à ma disposition.

2 *Nosographie chirurgicale*, 5 éd., 1821, t. IV, p. 181.

3 Holtze, *Dissertat. inaug. de arteriar. ligat.* Berlin, 1827. Je n'ai pu consulter ce travail.

4 *Bull. de thérapeutique*, 1850, t. XXXIX, p. 73.

dont les deux branches se terminent par une plaque plane de la dimension d'une pièce de deux francs. A deux pouces de leur point de réunion, les branches sont réunies par une tige munie d'un pas de vis et d'un écrou, et au moyen de laquelle on peut rapprocher les mors.

On applique sur la blessure deux rondelles d'agaric un peu moins grandes que les mors de la pince, puis une petite compresse graduée d'une épaisseur proportionnée à la profondeur de la plaie palmaire. Un des mors de la pince est placé sur cet appareil et l'autre sur le dos de la main recouvert d'une compresse en plusieurs doubles. On serre alors l'écrou jusqu'à arrêt de l'hémorrhagie et on met le bras en écharpe.

Cet instrument exerce une compression localisée portant tout entière sur la partie blessée de l'artère et pouvant être ainsi maintenue pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation du vaisseau.

Dans les deux cas où la pince fut employée, la guérison fut obtenue sans accident en huit jours dans l'un, en six jours dans l'autre.

M. Marcelin Duval devait quelque temps après proposer une pince agissant d'une manière semblable, mais dans laquelle l'élasticité des branches remplaçait la vis de rappel.

Pendant quelques années nous ne voyons aucune proposition nouvelle se produire. Mais l'introduction en chirurgie de la pince à pression continue et à branches croisées donne tout à coup une nouvelle impulsion à la forcipressure.

Je ne saurais dire exactement à qui est due l'invention de cet instrument ingénieux [1]; toujours est-il que vers 1836 M. Charrière fabriqua pour les anatomistes des pinces construites d'après ce principe, et en particulier ces petites tenailles robustes et à branches croisées connues sous le nom de *pinces à lymphatiques* que je me rappelle avoir vu dans les amphithéâtres de dissection dès le commencement de mes études. Il paraît que MM. Desmares et Ricord songèrent à les utiliser [2], mais la vulgarisation n'arriva que plus tard, suscitée surtout par la communication curieuse de Furnari sur le mode de réunion des plaies à l'aide des mâchoires à crochet d'un certain insecte.

La note fut publiée avec commentaires par Malgaigne [3]; elle était de nature à éveiller l'attention des partisans de la réunion immé-

[1] Peut-être dérive-t-il de la pince des fumeurs normands présentée à la Société de chirurgie par Vidal de Cassis, le 30 janvier 1850.

[2] Gérard, *des Serres-Fines, de leurs modifications, de leur emploi dans la chirurgie*. Th. de doctorat, Paris, mars 1855, p. 14.

[3] *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1845, t. III, p. 118.

diate. Vidal cherchait depuis longtemps le moyen d'abréger le plus possible le séjour des sutures après l'opération du phimosis. Il alla fouiller, paraît-il, dans l'arsenal de Charrière, qui lui montra les pinces à lymphatiques. Vidal les employa d'abord avec la seule modification consistant à transformer les mors larges et plats en bouts effilés et crochus, rappelant bien les extrémités mandibulaires de l'insecte arabe. Mais ces pinces étaient fort lourdes, c'est pourquoi Luer les ayant construites avec un simple fil métallique croisé en X, Vidal les adopta et les baptisa du nom de serres-fines. Il publia ses premiers résultats en 1849[1].

De son côté, M. Marcellin Duval, dès l'année 1848, imaginait aussi ses pinces à pression continue qu'on ne put connaître néanmoins qu'en 1853[2].

En 1854, M. Delioux modifiait un peu la forme des mors et recommandait les *serres-plates*.

Mais laissons de côté la question des instruments pour revenir à leur application à l'hémostase. Les serres-fines furent tout d'abord employées à la réunion des plaies; mais cependant, dès 1849, Vidal indiquait leurs propriétés hémostatiques en quelques lignes fort claires: « On fera bien, dit-il, quand une artériole donnera dans le fond d'une plaie un peu enflammée, de pincer le vaisseau avec un de ces instruments; » et plus loin : « Dans une opération un peu longue, lorsqu'il y a une large surface traumatique, les serres-fines valent mieux que les doigts des aides pour comprimer les petits vaisseaux. »

L'idée fit rapidement son chemin. En 1851, deux élèves de Montpellier, MM. Boscary et Rimbaud, la consignent en ces termes dans leur thèse inaugurale :

« On se sert encore avec avantage des serres-fines, comme moyen hémostatique pour fermer les plaies résultant d'une saignée; dans les opérations, elles remplacent très-bien les doigts des aides pour arrêter l'hémorrhagie artérielle en attendant qu'on fasse la ligature du vaisseau; elles sont moins embarrassantes et remplissent mieux l'indication. Tout le monde sait qu'après l'application de sangsues au cou, par exemple, et surtout chez les jeunes enfants, l'hémorrhagie se prolonge quelquefois très-longtemps parce que le sang acquiert une plus grande fluidité à mesure qu'il s'écoule; souvent même elle peut donner lieu à des craintes sérieuses; dans

[1] *Union méd.*, 1849, p. 455. *Soc. de chir.*, 8 août, 24 oct. et 25 déc. 1849; 30 janv. 1850. Voir *Bull. de la Soc. de chir.*, t. Ier, 1re série, pp. 318, 407, 467, 535.

[2] *Atlas général d'anat. descrip. et de méd. opérat.*, Brest, 1853, in-4°, p. 9, *pl.* A., *fig.* 11. Voir aussi: *Traité de l'hémostasie*, etc , 1855-1859, p. 60.

ces cas-là, nous croyons que les serres-fines peuvent être d'une grande ressource[1].

« Plus que les autres moyens unissants, dit M. Rimbaud[2], elles (les serres-fines) peuvent devenir des moyens hémostatiques. Ainsi, dans une opération un peu longue qui nécessite l'établissement d'une large surface traumatique, comme dans certaines ablations du sein, il sera souvent préférable de pincer les artères avec des serres-fines, que de les faire comprimer par des aides qui, dans tous les cas, gênent plus ou moins les mouvements de l'opérateur. »

En 1854, M. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg, publie un mémoire intitulé : *De l'emploi des serres-plates pour arrêter les petites hémorrhagies et en particulier celles provenant des piqûres de sangsues*[3].

Les moyens hémostatiques ordinaires, dit-il, suffisent pour arrêter le sang des sangsues, mais ils échouent quelquefois. Depuis plusieurs années il avait employé la compression par pincement, à l'aide d'un petit appareil fort simple à coup sûr, et qu'on peut construire en toutes circonstances.

« Il se compose d'un petit bâtonnet de bois vert de 5 à 6 centimètres de long qu'on fend sur la moitié de sa longueur; on forme ensuite un pli cutané dont la piqûre de sangsue occupe le sommet; on le pince entre les branches du bâtonnet, et sur l'extrémité fendue de celui-ci on jette quelques anses de fil que l'on noue pour resserrer les mors de cette pince temporaire et la maintenir en place. Une demi-heure, une heure, rarement plus, suffisent pour arrêter complétement l'écoulement du sang. Ce procédé m'a constamment réussi. Mais cette pince de bois très-imparfaite est sujette à se déplacer si le malade est agité ou indocile. »

M. Delioux ignorait que ce petit moyen avait été déjà mis en usage. Dix ans auparavant, Lisfranc en parle de la manière suivante : « M. Hatin conseille de fendre une tige de bois parallèlement à son axe et jusqu'à la moitié de sa longueur; on pince la peau qui entoure la petite plaie, on l'engage entre les branches de cette tige; elles se rapprochent sur-le-champ; elles exercent ainsi une compression très-avantageuse; mais pour avoir la quantité nécessaire de téguments, il faut qu'ils jouissent d'une grande mobilité ; c'est ce qui n'a pas toujours lieu. Les pinces fixes de Graefe peuvent remplacer l'instrument de M. Hatin[4]. »

[1] Boscary, *Quelques considérations sur la réunion immédiate*. Thèse de Montpellier, 1851, n. 95, pag. 77 et 78.

[2] *Appréciation des divers moyens de réunion des plaies*. Thèse de Montpellier, 1851, n. 101, p. 17.

[3] *Gaz. méd.* de Paris, 1854, p. 69.

[4] Lisfranc, *Précis de méd. opér.*, t. Ier, p. 314, 1845. On ne dit point où est prise la citation d'Hatin.

Revenons à M. Delioux. N'étant pas satisfait du petit bâton fendu, il eonçoit une pinee en acier dont les branehes sont rapproehées par une vis; il la montre à Charrière qui à son tour lui fait voir les serres-fines. M. Delioux en adopte les prineipes, élargit un peu les mors, et e'est ainsi que les *serres-plates* viennent au monde. L'auteur termine ainsi sa note : Je n'ai point eu l'oceasion d'employer les serres-plates dans d'autres hémorrhagies que eelles provenant de la morsure des sangsues, mais il me semble par induetion qu'elles pourraient agir avee le même résultat sur toute plaie peu étendue qui donnerait lieu à un éeoulement abondant de sang eapillaire; peut-être même dans de petites plaies où se trouveraient intéressées des artérioles, elles pourraient être employées sinon eomme moyen définitif, du moins comme proeédé d'attente.

Nous avons vu par les eitations préeédentes que tout cela avait été déjà dit.

Stimulé par toutes ees publications et aussi, paraît-il, par des réelamations de priorité, Vidal reprend la plume dans eette même année 1854 [1].

Dans un article exelusivement eonsaeré à l'aetion hémostatique des serres-fines, dont il n'avait été question qu'aecessoirement dans les publieations de 1849, nous trouvons le passage suivant : « Tout bon moyen unissant peut devenir un moyen hémostatique.

« Les serres-fines peuvent être employées dans les eas où la ligature et les autres hémostatiques seraient d'une applieation trop longue, trop diffieile et d'une effieacité douteuse.

« Une application fort reeommandée est eelle qui peut être faite pendant les grandes opérations pour remplaeer les doigts des aides et les ligatures posées au fur et à mesure [2].

« La rapidité de l'applieation du moyen hémostatique temporaire est parfois d'une importanee extrême, dans la traehéotomie par par exemple.

« Les serres-fines ont surtout un avantage marqué sur la ligature quand on opère sur des tissus indurés et confondus par l'inflammation. Le sang eoule en abondanee; il ne jaillit pas ou jaillit peu; les vaisseaux ne peuvent pas être assez bien isolés pour permettre l'application régulière de la ligature; leur extrémité est souvent arrachée par la pince, ear les artères sont devenues friables. Une serre-fine un peu forte saisit immédiatement ees vaisseaux, les eomprime énergiquement et arrête l'hémorrhagie. Plusieurs fois Vidal en a fait l'heureuse applieation après l'ouverture d'abeès du périnée,

[1] *Bull. de thérapeutique*, t. XXXVI, p. 301.

[2] Nous reviendrons sur ce passage à propos de la forcipressure provisoire dans les opérations.

dans des cas où le vaisseau divisé était à une profondeur et dans une position qui auraient rendu fort difficile la manœuvre nécessaire pour exécuter méthodiquement la ligature ; on prévoit les avantages des serres-fines pour arrêter certaines hémorrhagies après la taille, quand des artères du périnée auront été blessées. » (Vidal ne connaissait pas ou avait oublié l'observation d'A. Dubois.)

Dans certaines circonstances, il serait difficile de remplacer la serre-fine. Une petite fille dut subir l'extirpation d'une petite tumeur sanguine du lobule de l'oreille. Elle n'avait pas beaucoup de sang et on pouvait craindre une hémorrhagie plus ou moins considérable après le coup de ciseau nécessaire. On exerça donc la compression avec une serre-fine assez forte qui pinça le lobule, un mors de l'instrument était sur la face postérieure, l'autre sur la face antérieure comprimait la petite surface traumatique sur laquelle était placé un petit disque d'amadou. Le lendemain, la serre-fine fut enlevée sans le moindre suintement de sang.

« On comprend la même application des serres-fines aux lèvres, aux ailes du nez.

« L'utilité des serres-fines pour arrêter les hémorrhagies provenant de la piqûre des sangsues, a été comprise et mise à profit par MM. Trousseau et Blache. Chez les enfants, on applique souvent les sangsues au cou. Or la compression chez un enfant qui suffoque est irrationnelle, la compression ne réussit pas toujours, elle est d'ailleurs douloureuse, l'enfant crie et s'agite, ce qui aggrave son état; rien de plus facile que d'appliquer des serres-fines à mors larges et dentelés.

« On pense bien, ajoute Vidal, que j'ai fait construire des serres-fines de force et de dimensions différentes et que j'ai modifié leurs extrémités, ou pattes, selon l'indication; » et à l'appui il donne le dessin de plusieurs de ses modèles. Quant aux serres, il laisse aux néologistes le facile plaisir d'en inventer : *serres-fortes*, *serres-plates*, *pinces unissantes*, peu importe. Seulement quand il désire arrêter une hémorrhagie, il demande des *serres-fines hémostatiques* et on lui présente alors celles qui sont aplaties. »

Ce petit article de Vidal, écrit avec la verve railleuse qui lui était familière et dans lequel il se moque agréablement des réinventeurs, renferme le programme à peu près complet de la forcipressure et les indications principales de son emploi. Cependant il ne servit que médiocrement la cause. Si Vidal, moins préoccupé de prôner et de défendre ses petits instruments, avait dit que pour l'hémostase du moins ils peuvent être avantageusement remplacés par la pince ordinaire, nul doute que le moyen ne se fût plus largement répandu. Mais les inventeurs ont le tort commun d'être exclusifs et Vidal a fait comme les autres.

M. Marcellin Duval, en 1855-1859, propose de nouveau ses pinces à réunion à branches un peu longues et bien garnies pour les hémorrhagies des artères de la main[1]. Dans le même ouvrage, page 313, après avoir longuement décrit un procédé pour la ligature de l'intercostale, M. Duval ajoute en note : « on pourrait essayer nos pinces à pression graduée et continue, grand modèle à branches droites ou courbes, suivant les circonstances. »

Signalons, en 1860, une note communiquée à l'Académie des sciences, par M. le D[r] Ancelet, de Vailly-sur-Seine, elle est intitulée : *Note sur un nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations.* Nous examinerons plus tard ce travail ainsi qu'un appendice, publié en 1870 dans le *Courrier médical: Des serres-fines comme agent hémostatique.* Cependant, parmi les observations renfermées dans ces deux opuscules, il s'en trouve deux qui rentrent dans le cadre de la forcipressure de nécessité et dont à ce titre nous donnerons ici un extrait.

En juin 1867, M. Ancelet enlevait un adénôme de la région parotidienne ; en sectionnant le pédicule, il ouvrit un vaisseau assez volumineux, d'où le sang jaillit en abondance ; avant d'aller à la recherche de l'artère, il appliqua de fortes pinces maintenues par des aides, mais le jet continua ; il ne s'en rendit maître qu'en appliquant sur le point de la peau correspondant à celui d'où jaillissait le sang de fortes serres-fines qui embrassaient à la fois et la peau et les tissus plus profonds. Quand on enlevait la serre-fine, l'hémorrhagie reparaissait, pour s'arrêter de nouveau dès que l'instrument était remis en place ; en présence de ce résultat, on se dispensa d'appliquer une ligature.

Déjà en 1859, M. Ancelet avait employé la serre-fine dans un cas particulier, où la ligature était inapplicable. Il s'agissait d'un kyste du cou dont rien ne pouvait faire prévoir la vascularité ; une ponction faite avec la lancette donna issue à un jet très-abondant, continu, non saccadé, de sang rutilant, qui ne put être arrêté ni par les doigts ni par une pince à ressort. M. Ancelet appliqua alors une serre-fine qui compressait la peau et les parois du kyste ; l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt. La serre-fine fut enlevée au bout de 8 ou 10 heures.

Sauf la différence de l'agent vulnérant et l'épaisseur plus grande des parties comprises entre les mors de l'instrument, ce cas rap-

[1] *Traité de l'hémostasie*, etc. Paris, 1855-1859, note de la page 107. — Rappelons que déja en 1853 (*Atlas d'anatomie*, texte explicatif, p. 9) M. Duval figure des tourniquets ou compresseurs artériels, à pression graduée, construits en fil de fer ou d'acier, et aussi de petites pinces à réunion à branches croisées, qu'à cette époque déjà on avait employés à l'hôpital de Brest dans plusieurs amputations.

pelle l'action hémostatique des pinces ou des serres-fines : lorsqu'il s'agit d'arrêter le sang des piqûres de sangsues, on forme avec les parties molles un pli renfermant la plaie et on comprime le tout ensemble, pendant un certain temps. C'est ce que M. Ancelet appelle le *pincement médiat*.

Ce procédé pourrait recevoir de nouvelles applications toutes les fois qu'il serait possible de former le pli en question. Il me revient à ce propos en mémoire un fait sur Belloq, fort rare à la vérité, mais qui toutefois mit fort en embarras ce chirurgien ; il venait de faire la paracentèse abdominale pour une ascite, le trocart retiré, le sang jaillit par la piqûre comme d'une grosse veine ouverte par la lancette. Plusieurs moyens furent employés sans succès ; alors, songeant au bouchon de cire, Belloq, avec quelques parcelles de bougie, fit un cylindre de la grosseur du trocart et de la forme d'un fausset, l'insinua dans le trajet de la piqûre, aplatit son bout extérieur et maintint le tout par un bandange. Le sang s'arrêta, non sans s'infiltrer dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Lorsque la suppuration fut établie on voulut ôter le bouchon, mais il se rompit ; heureusement le fragment ne tomba pas dans le ventre et fut plus tard expulsé par la suppuration. Belloq proposa alors d'employer une petite bougie avec une mèche centrale, ce qui met à l'abri de la cassure ; il s'en servit après une autre paracentèse suivie d'écoulement séreux continu par la piqûre [1].

Il m'est avis qu'en pareil cas la forcipressure serait bien préférable au bouchon de cire, et qu'elle amènerait en quelques heures, et sans interposition de corps étranger, la réunion du petit trajet du trocart. Pour étreindre largement la paroi abdominale relachée et soutenue en pli, on pourrait se servir d'une pince de Museux dont on réunirait les branches au degré voulu à l'aide d'un lien.

A partir de ce moment, les serres-fines sont comme oubliées ou bien ne sont utilisées que pour arrêter les petites hémorrhagies, en particulier celle de l'artère du frein de la verge après l'opération du phimosis. C'est que, pour en faire un moyen hémostatique général, il faudrait en avoir une collection complète, et que, d'ailleurs, les plus longues d'entre elles ne conviendraient pas dans les cas où la source de l'hémorrhagie était à une grande profondeur. On dut également s'apercevoir qu'en beaucoup de cas les modèles ordinaires n'étaient pas assez forts. J'en ai eu moi-même la preuve en 1864, à l'hôpital de Lourcine ; il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à la section du frein de la langue chez un enfant nouveau né. Après avoir en vain essayé plusieurs moyens,

[1] *Sur quelques hémorrhagies particulières et sur les moyens d'y remédier.* Mémoires de l'Ac. royale de chirurgie, t. III.

je plaçai une forte serre-fine saisissant, entre les mors, le point d'où s'échappait le sang. Un fil attaché à l'anneau aurait empêché qu'elle fût avalée. Pendant quelques instants, le sang parut arrêté par cet artifice, mais dès que la langue jusque-là tenue fut abandonnée, ses mouvements désordonnés beaucoup plus énergiques qu'on ne pourrait le croire détachèrent la serre-fine et l'écoulement continua[1].

Je ne voudrais pas étendre outre mesure ce modeste travail, mais puisque je suis en train d'énumérer les divers instruments hémostatiques agissant à la manière d'une pince à *pression convergente* et rappelant l'action du pouce et de l'index, rapprochés par la contraction musculaire, permettez-moi d'indiquer, ne fût-ce qu'à titre de renseignements, d'autres instruments également destinés à arrêter le sang fourni par des artères inaccessibles et comprimant ces vaisseaux par *pression divergente*, comme la produisent encore les mêmes doigts écartés l'un de l'autre par la contraction volontaire de leurs muscles.

A ce mécanisme se rapportent l'appareil très-compliqué de Foucou pour l'hémorrhagie dentaire[2], la machine non moins inutile de Jourdain, destinée à arrêter le sang après l'excision des amygdales, à l'aide d'une olive en ivoire placée à l'extrémité d'un ressort à action divergente[3], enfin la pince reposant sur le même principe et terminée également par deux boutons d'ivoire que Dupuytren jugea à propos d'inventer en 1834, pour le cas d'hémorrhagie, suite de taille[4].

Le principe de la compression excentrique réalisé par l'élasticité ne me paraît pas tout à fait sans valeur pratique, et il est des cas où il pourrait être utilisé comme moyen hémostatique.

Tandis que certains chirurgiens s'efforçaient d'inventer des instruments plus ou moins propres à comprimer les vaisseaux inaccessibles à la ligature, quelques autres pris au dépourvu se servaient simplement de ce qu'ils avaient sous la main, c'est-à-dire de la pince.

Antoine Dubois ouvre la marche. Richerand raconte le fait de la manière suivante : Dans une opération récente (de taille périnéale), le sang sortait assez abondamment de l'une des lèvres de la plaie, sans que l'on pût distinctement apercevoir l'artère. M. Dubois ima-

[1] F. Tessier, *De la section du filet de la langue*, Th. de Paris, 1866, p. 38.
[2] *Mémoires de l'Ac. royale de chirurgie*, éd. in-4o, t. III.
[3] *Traité des maladies de la bouche*, t. Ier, pl. 2, fig. 3, 1778.
[4] *Bulletin de thérapeutique*, t. VI, p. 306, 1834.

gina alors de pincer le tissu graisseux avec une de ces pinces à ressort dont les branches mobiles aplaties restent rapprochées au moyen d'un bouton mobile dans une coulisse, espèce de valet à patin. L'hémorrhagie fut arrêtée et la pince, laissée entre les fesses du malade, qu'elle ne gênait nullement, se détacha d'elle-même au troisième jour.»

Richerand ajoute dans son style emphatique: Il paraît d'abord qu'un procédé aussi simple a pu s'offrir à l'idée de chaque opérateur. Pourquoi donc ceux qui possèdent le génie de leur art reçoivent-ils seuls de la nécessité, des inspirations aussi heureuses?

Ceci était écrit en 1815 dans la 4e édition de la *Nosographie chirurgicale* (t. III, p. 559). Dans l'édition suivante de 1821 (t. III, p. 547), toujours à propos de la taille latérale, Richerand reproduit presque textuellement le passage : « Si dans une opération récente le sang sortait assez abondamment de l'une des lèvres de la plaie, sans que l'on pût distinctement apercevoir l'artère, il faudrait pincer le tissu graisseux avec une de ces pinces à ressort dont les branches aplaties restent rapprochées au moyen d'un bouton mobile dans une coulisse, espèce de valet à patin. L'hémorrhagie serait arrêtée, et la pince laissée entre les fesses des malades, qu'elle ne gênerait nullement, se détacherait d'elle-même au bout de quelques jours. »

Si l'on mettait quelque malice à rapprocher ces deux textes, on remarquerait, que dans le second, Richerand oublie le nom de Dubois et l'exaltation des hommes de génie et qu'il parle au conditionnel comme s'il s'agissait d'une proposition émanée de lui-même.

Mais à ne considérer que l'idée sans s'occuper de la provenance, ne doit-on pas s'étonner que tous les contemporains et les écrivains ultérieurs, qui ont certainement lu le livre si classique de Richerand, n'aient pas daigné mentionner un fait aussi curieux, aussi intéressant que celui-là? Ni Boyer, ni Sabatier, ni Dupuytren, ni Velpeau, ni Bégin, ni Malgaigne n'en soufflent mot. Dupuytren imagine en 1834 l'instrument spécial dont nous avons parlé, et Velpeau en 1839[1], supposant le cas où dans une taille « l'artère blessée serait assez facilement saisie et isolée, mais trop élevée pour qu'on puisse aisément l'entourer d'un fil, dit qu'on ne devrait pas hésiter à la tordre au moyen de la pince qui l'aurait embrassée. » Si Velpeau s'était rappelé le fait de Dubois, il aurait conseillé de laisser la pince et non de s'en servir pour exécuter un procédé tout à fait infidèle.

La seconde application extemporanée de la pince est due à Lisfranc ; elle date probablement de 1846 ou 1847. Je reste dans le doute, ayant vainement cherché le texte original[2].

[1] *Méd. opérat.*, 2e éd., t. IV, p. 548.

[2] Malgaigne et M. Adamkievicz parlent seuls de ce fait, mais le premier ne donne point d'indication bibliographique, et celle que donne le second est fausse.

M. Adamkievicz, après avoir indiqué divers compresseurs à charnière et à vis de rappel, tels ceux d'Hesselbach et de Schindler, ajoute : « Des pinces de forme convenable rempliraient le même but en cas de nécessité ; ainsi Lisfranc arrêta une forte hémorrhagie de la luette en la serrant entre les branches d'une pince » (p. 119).

Malgaigne, à son tour, mentionne le fait dans les réflexions qu'il ajoute à une lettre de Félix Hatin sur l'*hémorrhagie qui peut succéder à l'excision des amygdales ;* il n'a jamais observé cette hémorrhagie ni à la suite de l'excision des amygdales, ni après celle de la luette ; nous savons cependant, ajoute-t-il, que Lisfranc a eu à combattre après cette petite opération une hémorrhagie assez forte pour devenir inquiétante. Les gargarismes astringents, la glace, la cautérisation avec le nitrate d'argent, tout avait échoué. Il imagina de pincer le bout de la luette entre les deux branches d'une pince ordinaire, et d'appliquer le nitrate d'argent sur la plaie rendue exsangue par la compression, ce qui réussit à merveille[1]. »
Si cette version est exacte, la forcipressure n'aurait été ici que temporaire et adjuvante ; elle rappellerait ce procédé proposé pour les piqûres de sangsues, et qui consiste à pincer entre les doigts et pendant quelques minutes un pli de la peau au niveau de la piqûre, qu'on cautérise ensuite au nitrate d'argent quand la compression l'a rendue exsangue.

Disons à ce propos, pour n'y plus revenir, que le Dr Mellez, de Raon-l'Etape, s'est servi deux fois d'une pince à ligature ordinaire comprimant la plaie entre ses mors pour arrêter l'hémorrhagie d'une piqûre de sangsue et qu'il s'en est bien trouvé[2].

Nous devons à Félix Hatin l'une des plus heureuses applications de la forcipressure imprévue. Ce cas est rapporté dans la lettre à Malgaigne citée plus haut.

Il s'agissait d'une dame de trente ans atteinte d'une hypertrophie chronique des amygdales. Hatin les excisa avec le tonsillotome de Fahnestock sans aucune difficulté. L'écoulement sanguin primitif, d'ailleurs modéré, parut céder à un gargarisme acidulé. Deux heures après cependant la malade était presque mourante.

Le sang coulait en nappe de la plaie gauche. Les gargarismes, l'alun porté avec le doigt, le nitrate d'argent laissé longtemps au contact, tout fut inutile. Hatin, malgré sa répugnance pour le cautère actuel en pareil cas, allait cependant l'appliquer lorsque l'idée lui vint d'employer de très-longues pinces à polypes. Il garnit les mors, l'un d'amadou et de linge imbibés d'une solution d'alun, l'autre de simples tampons de linge. La première branche introduite dans la bouche fut appliquée immédiatement sur la surface saignante de l'amygdale ; l'autre, qui se

[1] *Revue méd. chir. de Paris*, t. II, p. 340.
[2] *Bull. de thérap.*, t. XXXXV, 1853, p. 552.

trouvait naturellement en dehors sur la joue correspondante, vint prendre un point d'appui sur l'angle de la mâchoire. Pour comprimer il n'y eut qu'à rapprocher les branches et à les maintenir à l'aide d'un cordon. Le sang s'arrêta aussitôt. La pince fut soutenue à l'aide de quelques fils attachés à la coiffure. La malade dut se tenir immobile et éviter surtout les mouvements de déglutition.

Le lendemain, il y eut un peu de tuméfaction de la joue, de douleur à la gorge et de fièvre traumatique. Le troisième jour on délia les anneaux, sans faire d'effort pour enlever la pince incrustrée dans l'amygdale. Le quatrième jour elle se détacha d'elle-même, sans qu'une goutte de sang s'écoulât [1].

Hatin ignorait qu'une pince spéciale avait été déjà proposée depuis longtemps dans le même but. On ne saurait lui reprocher cet oubli au moment même où il eut l'heureuse inspiration que nous venons de décrire; mais, lorsqu'il écrivit à Malgaigne sa lettre, précédée d'une introduction historique, il eût dû rappeler que notre vénérable collègue, M. Hervez de Chégoin, avait, plusieurs années auparavant, imaginé la pince à amygdales qui porte son nom. Interrogé par nous, M. Hervez de Chégoin n'a pu nous indiquer d'une manière précise la date de son invention, mais elle est, en tout cas, antérieure à 1839, puisqu'elle est mentionnée dans la *Médecine opératoire* de Velpeau (t. III, p. 567).

Cet instrument, d'une construction fort simple, rappelle le compas d'épaisseur et s'applique fort aisément. Peut-être n'a-t-il jamais été employé par l'auteur, mais il a été certainement inspiré par un cas de la pratique de Roux, auquel notre collègue avait assisté. (*Communication orale.*)

Deux ans plus tard, M. Stanski arrêtait, de son côté, une hémorrhagie consécutive par un procédé analogue (*Union méd.*, 1849, p. 191), mais un peu différent, et beaucoup moins incommode, d'ailleurs, puisque l'appareil compressif ne resta en place qu'une heure et demie. Voici l'analyse du fait :

Le docteur Stanski enleva les deux amygdales en même temps à un jeune homme de vingt-cinq ans sujet à des maux de gorges fréquents.

Au quatrième jour, il y eut une hémorrhagie qui fut arrêtée par la compression des carotides.

Au dix-septième jour, survint une seconde hémorrhagie. Pour l'arrêter M. Stanski appliqua l'appareil suivant :

Une longue pince à polypes fut garnie, entre les mors, d'un tampon de charpie du volume d'un œuf de pigeon et appliqué sur la surface saignante. Une petite planchette assez longue et étroite, garnie de linge, fut ensuite appliquée sur la région massétérine correspondante, parallèlement à la pince, dont les anneaux faisaient issue par la bouche. On

[1] *Revue médico-chir.* de Malgaigne, t. II, 1847, p. 336.

plaça enfin un tampon de linge assez volumineux entre ces anneaux et l'extrémité antérieure de la planchette et, à l'aide d'une ficelle, on rapprocha avec force la planchette de la pince, de sorte qu'une compression suffisante put être exercée sur la surface saignante par le tampon qui la recouvrait.

L'hémorrhagie s'arrêta; la pince fut laissée en place une heure et demie, et lorsqu'on l'ôta, l'hémorrhagie était arrêtée définitivement [1].

La forcipressure fit encore plus brillamment ses preuves dans le cas suivant rapporté par M. Kœberlé.

Ce chirurgien avait opéré, le 20 décembre 1862, un kyste de l'ovaire dont le pédicule grêle, renfermant néanmoins une artère du volume de l'humérale, avait été étreint dans une ligature. Tout alla bien jusqu'au douzième jour, mais alors survinrent plusieurs hémorrhagies successives. Le surlendemain, quatorzième jour, il devint nécessaire d'agir énergiquement. M. Kœberlé défit rapidement le pansement, introduisit les deux doigts dans la partie inférieure de la plaie, et rompit violemment la cicatrice dans l'étendue de dix centimètres environ. Opérant alors avec la main gauche une violente compression sur le trajet de l'artère ovarique, il détacha le pédicule de la paroi abdominale à laquelle il se trouvait encore fixé, puis il saisit en travers dans la profondeur, avec une pince à pansement, l'artère ovarique d'où le sang jaillissait en abondance, dès que l'on cessait d'exercer une forte compression. Une douleur très-vive succéda au pincement des filets nerveux, le rapprochement des branches de la pince étant porté à ses dernières limites, la douleur cessa aussitôt, en même temps que l'hémorrhagie. On laissa la plaie revenir sur elle-même, la pince plongeant librement dans la cavité abdominale, entre les anses d'intestin grêle, à une profondeur de six centimètres...

La pince qui comprimait l'artère s'est détachée au bout de six jours. La malade a guéri [2].

Enfin, je terminerai cette intéressante série par le récit d'un succès non moins heureux.

Le 28 septembre 1860, M. le docteur Binaut accouche madame G... d'un enfant de huit mois et demi, frêle, mais assez vivace. Il constate une ankyloglosse et pratique au frein une section peu étendue qui ne dégage pas notablement la langue et ne rend pas la succion plus facile; à peine une gouttelette de sang s'échappe.

Le lendemain, nouvelle section d'un millimètre au plus. La pointe des ciseaux mousses avait été dirigée aussi loin que possible de la face inférieure de la langue. L'enfant n'a poussé aucune plainte, cependant le sang s'écoule avec rapidité. L'eau vinaigrée, la poudre d'alun calcinée, le perchlorure de fer étendu d'eau d'abord, puis pur, tout échoue. L'en-

[1] Voir, pour l'hémorrhagie des amygdales, l'excellente thèse de M. J.-V. Mary, janvier 1875.

[2] *Opérations d'ovariotomie*, Paris, J.-B. Baillère, 1865, p. 61-67.

fant expulse incessamment de petites gorgées de sang ; puis il en vomit une cuillerée à dessert. Pâleur, pouls faible, puis misérable, et l'expulsion sanguinolente continue toujours. Le petit malade allait mourir. M. Binaut se rappela alors une idée conçue autrefois à propos d'un cas semblable qu'il avait observé en 1846 dans la clientèle de M. Lestiboudois et qui s'était terminé mortellement. Ayant heureusement à sa disposition une pince à pansement, il songea à s'en servir pour comprimer la plaie en pinçant celle-ci entre les mors pendant quelque temps.

Il saisit quatre ou cinq fois le frein de la langue sans réussir à arrêter l'hémorrhagie ; ce temps était rendu difficile par l'écoulement sanguin continu qui ne permettait pas de voir distinctement la plaie, enfin le frein fut convenablement saisi et le sang s'arrêta sur-le-champ.

Pendant une heure les branches furent rapprochées avec la main, puis ensuite fixées à l'aide d'un lien serré, et enfin confiées à la garde qui n'avait plus qu'à soutenir le tout sans tirailler les chairs.

L'enfant qui paraissait avoir perdu toute sensibilité ne poussa pas un cri pendant cette manœuvre.

On décida que la pince serait laissée jusqu'à midi, c'est-à-dire en tout pendant trois heures ; on l'enleva avec précaution et il ne sortit pas une goutte de sang. L'enfant un peu moins blême n'a manifesté aucune douleur, n'a pas pleuré et n'a pas paru trop gêné par la présence, dans la bouche, de l'instrument qu'il aurait certainement pu supporter plus longtemps si on l'avait jugé nécessaire.

Dans la soirée, selle composée de sang noir ; les suivantes en contenaient de moins en moins. L'enfant a bien guéri et dans la suite s'est normalement développé [1].

Cette observation est rapportée dans la thèse inaugurale d'un de mes élèves, le Dr Teissier [2], lequel, pour éviter au médecin une trop grande fatigue, voudrait qu'on se servît d'une pince à verrou ou d'une grosse serre-fine (p. 43).

Je rappellerai également que Velpeau avait jadis proposé un instrument consistant en « deux tiges réunies d'une manière quelconque par le milieu, comme pour former une pince avec laquelle on saisirait la partie saignante et que l'on ferait agir en poussant un coin entre les deux moitiés de son autre extrémité [3]. » C'est la pincette de bois de Desault, dont nous parlerons plus loin.

Appréciation.

Peut-être, messieurs, vous ai-je fatigué avec cette longue énumération de propositions théoriques, d'instruments plus ou moins

[1] Binaut, de Lille, *Des hémorrhagies consécutives à la section du frein de la langue* (*Bul. méd. du nord de la France*, 1865).

[2] F. Tessier, *De la section du filet de la langue*, Paris, 1866, p. 31.

[3] *Méd. opérat.*, t. III, p. 546, 1839.

inutiles et de faits cliniques disparates; mais j'ai pour excuses, d'abord, les exigences de l'histoire qui veut qu'on tienne compte de tous les efforts utiles ou stériles tentés dans un même but, et puis la ferme intention où j'étais de vous montrer la forcipressure s'imposant sans cesse aux praticiens dans les cas difficiles, et leur rendant, en quelque sorte, malgré eux, les plus signalés services.

En présence des faits empruntés aux auteurs et de ceux qui me sont propres, je ne crois pas possible de refuser à cette dernière venue des ressources hémostatiques une place honorable à côté de ses aînées.

Il est même facile de prévoir des applications nouvelles à d'autres régions ou organes que ceux qui ont été indiqués déjà. Je citerai, par exemple, la cavité vaginale, le fond de l'orbite après l'extirpation du globe de l'œil[1], les profondeurs de l'aisselle, du cou, des fosses illiaques internes et externes, les points reculés de la langue, etc.

Je crois également, avec Vidal de Cassis, qu'en cas d'hémorrhagie primitive ou secondaire dans les foyers de suppuration, lorsque, sans voir directement d'orifice vasculaire, on peut reconnaître du moins le point d'où sort le sang, l'application d'une pince serait moins laborieuse et tout aussi sûre que l'emploi d'une ligature. Je viens, ces jours-ci même, d'en acquérir les preuves.

J'ai dans mes salles un jeune garçon maigre et débile, affecté d'un vaste abcès sous-périostique du bras gauche. Le mal fut arrêté par deux incisions pratiquées en avant et en arrière du deltoïde et une contre-ouverture faite un peu au-dessus de l'épitrochlée. Quelques jours plus tard, néanmoins, un foyer s'étant formé au-dessus de l'épicondyle, il devint nécessaire d'ouvrir en ce point une nouvelle issue. Je fis placer une raie de caustique qui n'arriva pas jusqu'au foyer, et force me fut, après avoir incisé l'eschare, de diviser une couche sous-jacente de tissus vivants. Nous étions au niveau de la cloison intermusculaire externe. Malgré l'emploi de la sonde cannelée et les petites dimensions de l'incision, j'ouvris une artériole qui fournit un écoulement sanguin assez vif, sans que je pusse distinguer nettement sa situation.

La ligature eût exigé des débridements nouveaux, le tamponnement aurait empêché l'issue du pus, sans prévenir sûrement l'accumulation du sang dans le foyer. Il fallait cependant à tout prix maîtriser l'hémorrhagie, qui, même modérée, eût été funeste à un sujet épuisé. La forcipressure me réussit à merveille. Ayant introduit dans la cavité purulente l'index gauche recourbé en crochet, je soulevai successivement les divers points de la circonférence de la plaie et m'aperçus

[1] Dans un cas de ce genre, j'ai tamponné l'orbite pour arrêter l'écoulement sanguin. Le malade est mort de phlébite propagée à l'intérieur du crâne.

que le sang s'arrêtait quand le crochet digital comprimait la commissure supérieure de la boutonnière faite avec le bistouri. Le vaisseau blessé était donc là. En conséquence, je glissai sur la pulpe de mon doigt le mors d'une pince à pansement ; j'appliquai l'autre mors sur la peau (ou pour mieux dire sur le fond d'une petite incision cutanée que je pratiquai en ce point pour éviter l'écrasement très-douloureux du tégument, et je serrai la pince. L'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ. La pince fut enlevée le soir. La douleur provoquée par son action dura à peine une demi-heure.

Notre collègue M. Tillaux possède un fait analogue inédit, qu'il voudra bien, sans doute, nous communiquer.

Je préconise d'autant plus volontiers la pince à demeure dans les circonstances précitées, qu'elle me paraît bien préférable aux moyens qu'on emploie journellement, tels que la compression digitale, la cautérisation, le tamponnement et les procédés hémostatiques indirects. Certes, quand la vie est prochainement menacée par la perte de sang, toutes les audaces sont permises, et l'on est autorisé à parcourir toute l'échelle des moyens hémostatiques; mais la préoccupation constante des praticiens doit être l'emploi des mesures atteignant le but en ménageant le plus possible les douleurs à l'opéré, et en respectant, autant que faire se peut, les tissus malades ou sains.

Or, la ligature directe exceptée, je ne vois pas de procédé qui réduise plus les souffrances, violente moins les organes, que la forcipressure. Je n'en vois pas non plus qui réponde mieux aux exigences variées de la pratique.

Qu'aurait-on fait de mieux dans le cas d'Antoine Dubois, de Lisfranc, de Félix Hatin, de Kœberlé, de Binaut? Quel agent plus sûr aurais-je moi-même employé dans la plupart de mes faits? Ne remarquez-vous pas, d'ailleurs, que dans tous les cas précédemment rapportés, on n'a employé la pince qu'en désespoir de cause et après avoir inutilement essayé plusieurs des moyens ordinaires?

La compression digitale est trop précieuse pour que j'en fasse le procès; mais comment l'aurais-je appliquée à la base du crâne, dans l'intérieur du col utérin, et dans la fosse amygdalienne ? Bien que conseillée par Robert et les auteurs du *Compendium de chirurgie*, dans ce dernier cas, elle eût été aussi incommode pour le blessé que pour le chirurgien.

A la paume de la main, elle n'eût pas été plus efficace que la compression directe vainement maintenue pendant plusieurs jours.

Au crâne, dans l'ouverture du trépan, elle eût gêné le maniement des instruments. Pour la nécrose du sternum et la résection du coccyx, sans parler de la tâche ennuyeuse imposée au chirurgien et à ses aides, elle eût été beaucoup plus fatigante pour les malades

que le séjour même prolongé, mais très-supportable de la pince. L'examen de tous les autres faits m'amènerait à la même conclusion.

La cautérisation actuelle ou potentielle occupe un bon rang parmi les procédés hémostatiques. Je m'en sers souvent et même hardiment, mais j'y compte peu dans les hémorrhagies primaires, fournies par des vaisseaux d'un certain calibre ; d'ailleurs je redoute son action brutale et aveugle dans les cavités profondes, au voisinage d'organes délicats, quand le foyer est rempli de sang qui dérobe à l'œil l'action précise du cautère. D'ailleurs on ne l'a pas toujours instantanément sous la main, et l'eût-on, qu'on échoue souvent. Témoin le cas où j'éteignis en vain plusieurs fers sans tarir l'écoulement de l'artère sacrée.

Le moyen qui, je crois, perdra le plus à la vulgarisation de la forcipressure, est le tamponnement ; et je m'en félicite, car je n'en connais guère qui soit plus dangereux, plus pénible et plus incertain. Je lui fais pour ma part une guerre incessante, et je voudrais le voir banni de la chirurgie ou au moins réservé à des cas heureusement assez rares où seul il est utilisable. J'aurais pu sans doute l'employer dans les cas de polype utérin, de nécrose sternale et de résection du coccyx, mais à la condition de bourrer violemment des cavités naturelles ou opératoires qui l'auraient mal supporté. Il n'y fallait pas songer à la base du crâne, et à la main il avait déjà prouvé son impuissance. Que dire de la compresion à distance exercée sur les gros troncs, si ce n'est qu'elle compte autant de revers que de succès et qu'elle eût été inapplicable dans plus de la moitié environ de mes cas et tout à fait impuissante au moins dans l'hémorrhagie palmaire?

Tout bien considéré, je ne vois pas quel reproche et même quelle objection sérieuse on pourrait adresser à mes prédécesseurs et à moi-même pour leur manière de faire dans les conjonctures difficiles où nous nous sommes trouvés. Je ne vois pas davantage pourquoi on hésiterait à suivre notre exemple et l'on répudierait un procédé qui nous a été si utile.

La forcipressure de nécessité présente des avantages multiples, que je vais résumer en terminant.

1. Elle est d'une exécution facile et rapide.

2. Elle dispense du concours d'aides nombreux ou exercés.

3. Elle est peu douloureuse au moment de son exécution, et dans la suite elle gêne les patients infiniment moins qu'on ne le pourrait croire.

4. Elle n'irrite pas le foyer traumatique et n'entrave guère le travail réparateur.

5. Elle offre toute la sécurité de la ligature et, jusqu'à présent

du moins, dans tous les cas cités, elle a fait preuve d'une efficacité remarquable.

6. Enfin elle n'exige aucun instrument spécial. Les pinces ordinaires à ligature et à pansement qui se trouvent dans toutes les trousses pourront remplacer sans peine, dans l'immense majorité des cas, l'outillage multiple et compliqué qu'on a cru devoir proposer et construire.

Dans une prochaine communication, je referai l'histoire et la critique de *l'aplatissement des artères,* autre variété de la forcipressure.

M. E. TACHARD, médecin-major des hôpitaux militaires lit un travail intitulé : *Nouvelle application du syphon à la thérapeutique chirurgicale.* Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Guéniot et Perrin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit une observation de *trépanation du crâne à la suite de fracture de la voûte et suivi de guérison.* Commissaires : MM. Panas, Ledentu et Duplay.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 3 février 1875.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

M. MARJOLIN. Au commencement de l'année, j'ai prié ceux de nos collègues qui auraient donné des soins à des apprentis ou à des ouvriers blessés dans des ateliers ou des usines de vouloir bien nous en faire part; l'année s'étant écoulée et aucun renseignement ne nous étant parvenu, je crains fort que ma recommandation n'ait été oubliée, et surtout que son but n'ait été perdu de vue.

En conséquence, je viens aujourd'hui renouveler ma demande,

et en même temps, exposer de nouveau les motifs de cette démarche au moment où, par suite de la promulgation de la nouvelle loi sur le travail des enfants, la commission de surveillance va enfin pouvoir pénétrer jusque dans les plus petits ateliers.

Le but que se sont proposé les deux sociétés de protection des apprentis et de secours aux mutilés pauvres, étant de chercher à prévenir autant que possible les accidents et à venir en aide aux blessés dénués de ressources, j'espère que vous voudrez bien comprendre l'importance de cette démarche et nous fournir les renseignements que nous sollicitons de votre bienveillance.

M. de Saint-Germain présente une observation intitulée : *Anévrysme de la carotide externe droite, guéri par la compression digitale*, par le Dr J.-A. Marquès, de Lisbonne, candidat au titre de membre correspondant étranger.

M. Larrey présente une observation de transfusion du sang, par le Dr Martinez (*del Rio*), avec le concours de M. Bellina.

Madame G..., femme délicate, âgée de trente-six ans, souffrait depuis un an environ de pertes répétées, causées par un énorme polype de la matrice. Depuis deux mois surtout, ces pertes étaient devenues considérables et d'ailleurs complétement négligées par un charlatan homœopathe, quoique le polype fût déjà sorti de la vulve. La malade étant arrivée ainsi au dernier terme de l'anémie, la famille fit enfin appeler les docteurs Fénélon, Martinez del Rio et Reyes, lesquels pratiquèrent sur-le-champ l'extirpation du polype par le moyen de l'écraseur : la perte de sang causée par l'opération ne fut que de six onces environ. Néanmoins l'état de la malade était des plus alarmants. Plongée dans une profonde prostation syncopale, elle présentait tous les signes d'une mort prochaine : tout le corps était d'une pâleur cadavérique, les extrémités froides, le pouls à peine perceptible, la respiration lente et cessant par moments.

Ayant décidé d'appliquer la transfusion du sang, le docteur de Bellina fut appelé dans ce but, et à l'aide de son appareil, il introduisit dans les veines du bras, sans aucune espèce d'accident, trois cents grammes de sang défibriné et filtré, pris sur un jeune domestique vigoureux. Immédiatement après l'opération, la malade présenta une amélioration très-évidente qui ne s'est pas démentie un seul instant. Plus d'un mois s'est écoulé depuis l'opération, et madame G...., complétement rétablie, jouit aujourd'hui d'une bonne santé.

Le président déclare la vacance d'une place de membre titulaire de la Société.

Rapports.

1° M. Magitot donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Rapporteur d'une commission composée de MM. Lannelongue, Tillaux et Magitot, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été lu par M. Ch. Périer et qui a pour titre :

Kyste hématique folliculaire de la mâchoire inférieure chez un nouveau-né.

Le sujet était l'enfant d'une femme syphilitique qui était venue accoucher à l'hôpital Cochin.

Dès les premiers jours dela naissance, l'attention fut attirée vers la bouche par certaines difficultés que l'enfant paraissait éprouver à têter. On l'examina et l'on reconnut au maxillaire inférieur la présence d'une tumeur du volume d'un gros pois, occupant la place correspondante à l'incisive médiane. Elle faisait saillie en arrière et refoulait sur ce point la pointe de la langue. Par sa base elle se continuait sans étranglement et sans pédicule avec le bord gingival.

Sa coloration était d'un bleu transparent, et la première idée qui vint à l'esprit de M. Périer fut qu'il s'agissait d'une grenouillette à son début.

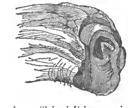


fig. 1. Coupe de maxillaire inférieur au niveau du kyste.

Le bord gingival présentait d'ailleurs, dans toute son étendue, le bourrelet épithélial bien connu et qui est si épais chez le nouveau-né.

La petite tumeur, parfaitement translucide, était manifestement fluctuante. Les autres parties des bords alvéolaires ne présentaient extérieurement rien de particulier.

L'enfant, très-chétif, succomba le huitième jour à des accidents non équivoques de syphilis.

L'autopsie permit de détacher les deux maxillaires, qui furent portés au laboratoire d'histologie de la Faculté, où, avec M. Périer

et notre collaborateur si regretté Ch. Legros, nous pûmes les étudier nous-même avec détails.

La mort de Legros interrompit ces recherches, qui furent continuées avec le concours de M. Cadiat, qui a bien voulu tracer le dessin de plusieurs préparations.

Les dispositions indiquées par M. Périer furent alors reconnues de tous points exactes, puis il fut convenu, dans le but de conserver les parties dans leurs rapports réciproques, qu'on traiterait les maxillaires par les moyens usités pour les coupes microscopiques. C'est ainsi qu'après avoir été durcis par l'acide chromique, ils furent ramollis dans l'acide chlorhydrique étendu.

Une coupe fut alors pratiquée au travers de la poche, de manière à la partager en deux parties égales. Il s'écoula une petite quantité

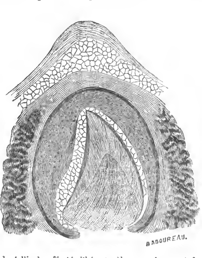


Fig. 2. Coupe du follicule affecté d'hématocèle; grossissement de 10 diamètres.

d'un liquide rosé et la couronne dentaire, déjà formée au sein du follicule, fut divisée en son milieu. La paroi du follicule était tapissée, à sa surface interne, d'une couche de matière brunâtre et épaisse, composée de sang coagulé. Cette couche se continuait jusqu'à la base du bulbe et du chapeau de dentine et se réfléchissait de là à la surface de l'organe de l'émail, qui était ainsi séparé par l'épanchement de la paroi folliculaire, à laquelle il adhère normalement, comme on sait (*fig.* 1).

Dans ces conditions, le follicule de l'incisive médiane gauche présente une distension qui lui donne environ le double de son volume ordinaire. Toutefois, cet accroissement de dimension est exclusivement dû à l'épanchement sanguin, car les autres parties du follicule ne présentent aucune augmentation de volume; on

reconnaît, au contraire, qu'elles sont notablement réduites; le chapeau de dentine, en particulier, a une épaisseur moindre que dans son congénère, et il a éprouvé, en outre, une sorte d'aplatissement.

M. Périer, dans son observation, signale un autre fait: c'est la disparition complète du follicule de la dent permanente correspondant au follicule temporaire frappé d'hématocèle, circonstance qu'il attribue à la compression exercée par le premier sur le second. Cette assertion n'est pas exacte, et si, à un premier examen, l'existence de ce follicule a pu être méconnue, la macération des coupes dans la glycérine a permis plus tard de reconnaître qu'il existe très-réellement à sa place normale; il a, toutefois, subi un aplatissement notable qui a porté non-seulement sur l'ensemble du follicule, mais en particulier sur le chapeau de dentine, qui est allongé, effilé pour ainsi dire, tandis que son congénère a conservé sa disposition régulière.

La présence du follicule définitif n'a pas lieu, d'ailleurs, de nous surprendre, car le développement de la poche hématique au dehors du bord alvéolaire et faisant saillie dans la cavité buccale, a pu épargner ainsi, dans son développement, le follicule sous-jacent, dont l'évolution n'a été ainsi que partiellement troublée. Ce dernier follicule est donc, à part une certaine réduction générale de volume, parfaitement normal.

L'un des points que M. Périer a décrits justement avec le plus de soin, c'est la paroi même de la poche kystique. Cette paroi, formée de tissu conjonctif ordinaire, ne présentait qu'un nombre

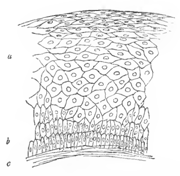


Fig. 3. Revêtement épithélial de la face interne du kyste, infiltré de sang : *a*, la couche pavimenteuse stratifiée ; *b*, la rangée des cellules dites de l'émail ; *c*, la surface de la couronne.

très-restreint de vaisseaux, par suite d'une atrophie due sans doute à la compression qu'a éprouvée en ce point le système vasculaire. Cette explication est d'autant plus admissible que le réseau

vasculaire de la paroi du follicule est ordinairement très-riche à cette époque de l'évolution.

Au-dessous de cette paroi et adhérant à sa face interne, se trouve un revêtement épithélial composé de cellules polyédriques stratifiées, infiltrées de sang et d'une grande épaisseur. Cette dernière disposition a son importance, car on sait que la paroi folliculaire ne présente normalement qu'une simple couche de cellules prismatiques décrite depuis longtemps.

Si donc nous résumons la composition anatomique de cette poche kystique, nous trouvons, de dehors en dedans :

1° La paroi et sa couche épithéliale pavimenteuse stratifiée ;

2° L'épanchement sanguin, occupant environ le tiers du volume total du follicule ;

3° La couronne dentaire, notablement réduite de volume, mais ayant conservé sa constitution normale avec son revêtement d'émail, recouvert lui-même de la couche spéciale dite des *cellules* de l'émail ;

4° Enfin, le bulbe dentaire fixé, comme d'ordinaire, au fond de la poche folliculaire.

Dans cette énumération, on ne trouve pas, comme on voit, le tissu propre de l'organe de l'émail, composé de ces éléments si spéciaux, *cellules étoilées*. M. Périer, qui s'étonne de cette disparition, l'attribue à l'épanchement sanguin et à la compression qui s'en est suivie. Nous ne sommes pas de cet avis, car nos recherches avec Ch. Legros nous ont prouvé que dès le début de la formation de la couche d'émail à la surface de la dentine, l'organe étoilé disparaît et la rangée des cellules prismatiques reste exclusivement l'agent de la formation des colonnes d'émail.

De l'ensemble de ces considérations, il résulte qu'on peut regarder la lésion du follicule de l'incisive médiane gauche comme consistant essentiellement dans un épanchement sous-pariétal, accompagné d'un retard dans la formation de la couronne et d'un arrêt de développement des parties constituantes du follicule.

Afin de donner à sa description toute la valeur qu'elle comporte et de fixer d'une manière complète la nature et la marche de la lésion, M. Périer a voulu faire un examen comparatif des autres follicules dentaires du même sujet :

Des coupes furent pratiquées sur divers points au travers des maxillaires. Tous les follicules dentaires de première et de seconde dentition, furent trouvés normaux, sauf, toutefois, celui de l'incisive médiane gauche supérieure, d'un volume tout à fait normal, du reste, et qui offrait une altération que M. Périer considère comme un premier degré de celle qui a frappé son congénère inférieur.

Il a rencontré, en effet, dans l'épaisseur même de la paroi de ce follicule, un petit foyer hémorrhagique de forme lenticulaire et parfaitement circonscrit. Les autres follicules ne présentaient rien d'analogue.

Du rapprochement de ces deux faits, M. Périer établit le processus de la lésion de la manière suivante:

Le follicule inférieur a été le siége d'une hémorrhagie de la paroi folliculaire épanchée au sein de l'organe de l'émail. L'épanchement aurait précédé d'un temps assez long l'époque de la naissance et aurait eu pour cause l'état cachectique du sujet. Ce qui le prouve, c'est la présence du foyer hémorrhagique constaté dans la paroi du follicule supérieur.

Nous acceptons donc très-volontiers la désignation donnée par M. Périer, d'*hématocèle du follicule dentaire*, tout en admettant que cet état pathologique peut être regardé comme un début de transformation kystique.

Si, en effet, on n'avait trouvé dans la tumeur qu'un simple épanchement sanguin ayant refoulé ou dissocié l'organe de l'émail, mais avec conservation histologique des parties, on aurait pu conclure à une simple hémorrhagie, soit de cause traumatique, soit cachectique, et, en tous cas, de date récente; mais il y avait modification profonde de certains tissus, et il fallait tenir compte plus particulièrement de la présence, à la face profonde de la poche, de cette couche épithéliale qui a été décrite. Cette couche épithéliale n'existe, en effet, en aucun cas, dans le follicule normal et il faut en expliquer la formation. Or, cette couche épithéliale se retrouve dans tous les kystes du follicule dentaire avec la même disposition et la même stratification. Il y avait, en outre, séparation complète entre la paroi et la superficie de l'organe de l'émail qui lui adhère intimement dans l'état physiologique, et si cette séparation eût été récente, elle n'eût pas laissé à la couche épithéliale le temps de se former.

Quel a donc pu être le mécanisme de production de cette couche épithéliale? Aux dépens de quels éléments s'est-elle constituée?

La composition bien connue aujourd'hui du follicule dentaire permet de répondre à cette question.

On sait, en effet, que l'organe de l'émail est de nature essentiellement épithéliale. Emanation de la couche de Malpighi de la muqueuse buccale, il conserve, dans le sac folliculaire où il continue et achève son évolution, la même nature. Il est revêtu, en outre, dans toute sa surface, d'une couche non interrompue de cellules prismatiques qui tapisse aussi bien sa face concave qui regarde la bulbe, que sa face convexe qui répond à la paroi du follicule.

C'est, selon nous, aux dépens de la rangée de cellules qui tapisse cette dernière que se serait formée la couche épithéliale

pavimenteuse. Ce mécanisme n'a rien qui doive surprendre; c'est celui qui s'effectue normalement à la surface de la peau et des muqueuses dont l'épithélium polyédrique simple ou stratifié résulte de l'évolution d'une couche de cellules prismatiques, celle dite de Malpighi.

C'est encore de la même manière que se produit l'épithélium qui revêt invariablement la face interne des kystes folliculaires de la mâchoire.

De ces remarques nous pouvons donc tirer cette conséquence: que, s'il s'agit en réalité d'une hématocèle d'un follicule dentaire, on peut établir aussi que l'on assiste à un début de kyste folliculaire.

Ce kyste est donc congénital.

Le fait que nous a décrit M. Périer n'est d'ailleurs pas unique.

Dans nos études personnelles sur les kystes des mâchoires (*Archives générales de médecine*, 1872-73), nous en avons signalé un exemple dû à un auteur anglais Barnes (*London medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. IV, p. 316). La tumeur observée à la naissance était stationnaire jusqu'à l'âge de douze ans; puis elle prit un développement rapide qui, de la grosseur d'un pois qu'elle avait au début, lui donna le volume du poing. Elle était biloculaire; les poches communiquaient l'une à l'autre, et sur la paroi de l'une d'elles, on reconnut une dent surnuméraire implantée dans la membrane qui s'insérait sur son collet.

Un second exemple de kyste folliculaire congénital vous fut présenté ici même par l'un de nos correspondants, le Dr Faucon (*Bulletin de la Société*, 1873, p. 586). Il s'agissait d'une tumeur congénitale de la mâchoire inférieure qui fut opérée avec succès par notre collègue. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un cas très-curieux et très-rare chez l'homme, de production d'un maxillaire inférieur surnuméraire. Ce fait tératologique, rentrant dans la classe décrite par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom de polygnathie. Nous nous réservons de revenir dans une autre occasion sur ce fait si intéressant au double point de vue tératologique et chirurgical, mais nous nous bornons à rappeler ici que la pièce contenait plusieurs kystes très-manifestement produits au sein des follicules dentaires temporaires et définitifs inclus dans le maxillaire supplémentaire.

Les follicules de première dentition et en particulier ceux des incisives centrales, offrent souvent, d'ailleurs, chez le nouveau-né, des particularités qui peuvent se rattacher plus ou moins directement à notre sujet:

Ainsi, tantôt on a pu observer une évolution extrêmement rapide d'une ou des deux incisives centrales, suivie d'élimination spon-

tanée des couronnes au travers d'une ulcération ou d'une gangrène de la paroi folliculaire. Une observation, due à M. Masse et publiée dans le *Bulletin de thérapeutique* (1874, p. 500), nous en offre un exemple. Tantôt ces mêmes follicules peuvent devenir le siége de phénomènes inflammatoires terminés par un véritable abcès, également suivi de la chute des chapeaux de dentine. Notre collègue, M. Gueniot, en a rapporté un cas. (*Bulletin de thérapeutique*, 1875, p. 30.)

Dans des circonstances plus simples, il y a projection hors des mâchoires d'un ou de plusieurs de ces follicules qui sont, en quelque sorte, pendants dans la cavité buccale et se trouvent dès lors exposés à diverses lésions. Le Dr Fauvelle de Laon a décrit un exemple de ce genre sous le nom d'*ectopie du follicule des incisives médianes inférieures*. (*Bulletin de la Société médicale de l'Aisne*, 1874, p. 85.)

Ces divers exemples tendent à prouver que l'évolution anticipée de certains follicules de dentition temporaire chez le nouveau-né, accompagnée d'éruption précoce, peut entraîner au sein du follicule des désordres de plusieurs sortes: ulcération de la paroi, abcès intra-folliculaire, kystes même qui constituent le bilan pathologique de ce fait de développement prématuré.

Le cas de M. Périer peut donc figurer dans cette classe de lésions à titre de *kyste* folliculaire à son début précédé d'hématocèle et accompagné d'*ectopie* du follicule.

Avant de terminer ces considérations, nous désirons ajouter une remarque qui s'est sans doute présentée à l'esprit de M. Périer, bien qu'il n'en fasse pas mention dans son travail. C'est l'état de la couronne dentaire ou, si l'on veut, du chapeau de dentine chez un sujet affecté de syphilis héréditaire. On sait, en effet, depuis les recherches d'Hutchinson qui ont eu un certain retentissement, que les dents syphilitiques présenteraient un signe constant, caractérisé, suivant cet auteur, par une échancrure semi-circulaire ou ellipsoïde siégeant invariablement au bord libre des incisives.

D'après l'explication donnée par Hutchinson l'échancrure ne serait pas toutefois primitive, mais résulterait de la fracture au moment de l'éruption d'une partie de la couronne dont le tissu serait altéré et friable.

Or, chez le sujet observé par M.Périer, l'examen des chapeaux de dentine à la coupe des follicules, aussi bien de celui qui était frappé d'hématocèle que des autres points des maxillaires, n'a permis de constater le prétendu signe caractéristique d'Hutchinson. L'étude microscopique à un grossissement suffisant n'a pas non plus révélé une altération quelconque du tissu qui puisse prédisposer à la fracture du bord libre.

Il est vrai d'ajouter que la disposition invoquée par l'observateur anglais a été signalée aux incisives permanentes et non aux temporaires. Nous ne comprenons pas cette distinction, car il s'agit ici de syphilis héréditaire, et le signe en question, s'il est doué d'une valeur réelle et incontestable, devrait se rencontrer aussi bien aux dents de première dentition qu'à celles de la seconde. C'est qu'en effet ce signe, suivant nous, n'a aucune portée semeiologique relativement à la syphilis héréditaire ou acquise. Tel qu'il a été présenté et décrit, il appartient à un ordre tout autre de lésions et s'il nous était permis de nous étendre ici sur ce point, nous arriverions à prouver facilement que, d'une part, la syphilis héréditaire ne saurait le produire directement, et que d'autre part il est le résultat de certains arrêts ou interruptions de dentification survenus pendant la première enfance. Notre opinion est d'ailleurs conforme à celle qu'ont exprimée ici même à ce sujet MM. Panas, Giraldès et Giraud-Teulon. Quant à la cause réelle de ces altérations, il faut la chercher dans certains états pathologiques aigus et à invasion brusque, les fièvres éruptives par exemple et plus spécialement encore l'éclampsie. C'est cette lésion qui a reçu de divers auteurs le nom d'*érosion*, terme que nous avons nous mêmes adopté.

Pour terminer ce rapport, nous avons, messieurs, l'honneur de proposer :

1° d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressant travail ;

2° de renvoyer le mémoire de M. Périer au comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Testicule syphilitique.

2° M. Després lit un rapport sur *trois observations de testicule syphilitique,* recueillies à l'hôpital de Bucharest, *sur des enfants*, par M. Obédénare, et dont voici un résumé :

Observation I. — *Syphilis congénitale; orchite syphilitique.*

Georges Marin, âgé de 13 mois, entré le 26 janvier 1869.

Sur la mère, aucune trace de syphilis. Le père a eu *des maladies vénériennes,* au dire de la femme. C'est leur premier enfant.

Jusqu'à l'âge de 10 mois, d'après la mère, on n'a rien remarqué d'insolite. L'enfant était gras et fort. A cette époque, on a vu paraître sur le front un *bobo;* à 11 mois et demi le scrotum augmenta de volume.

État actuel. — Sur le front, plusieurs papules d'un rouge jambon caractéristique et dont quelques-unes squameuses. La plus large a 0,015 de diamètre.

Point d'ulcération dans la bouche. La voix présente un petit degré de raucité.

Dans le pli génito-crural, trois papules caractéristiques de chaque côté. Les testicules sont augmentés de volume et de consistance ; ces organes sont moins élastiques qu'à l'état normal. L'extrémité inférieure de chacun est plus dure que le reste de l'organe. Les deux présentent à leur partie postérieure un hile. Le testicule droit a un volume plus gros que le gauche.

Pas de plaques muqueuses à l'anus.

Traitement. — Liqueur de Van-Swieten (1-2 grammes par jour) et pommade au calomel.

Après dix jours de traitement, il n'y a plus que des taches à la place des papules. La voix ne paraît pas changée. Même état des testicules.

L'enfant quitte l'hôpital et on le perd de vue.

Obs. II.— *Syphilis congénitale; orchite syphilitique.— Mort.— Autopsie.*

Serban Patrachi, petit tzigan (gitano, zingaro, bohémien), âgé de 3 ans, entré le 31 janvier 1872.

La mère de cet enfant est entrée à notre hôpital en 1870 avec son fils. Elle avait un chancre induré à chaque mamelle, la pléiade ganglionnaire aux aisselles, des douleurs rhumatoïdes dans les épaules et les tempes, etc. Son fils, âgé alors de quelques mois, avait des plaques muqueuses et des ulcérations sur la face interne des joues.

Après deux mois et demi de traitement, la mère et l'enfant sont sortis guéris en apparence de leurs accidents.

Une fois chez eux, ils ont couché tantôt à la belle étoile, tantôt soi-disant abrités dans une baraque en planches à claire-voie. Ils ont habité sur les bords des marais et aux environs de la ville. L'enfant a eu constamment les fièvres paludéennes plus ou moins compliquées. Il a été mal nourri et nullement traité; en sorte que l'intoxication palustre et la syphilis se faisaient concurrence pour débiliter le malheureux petit tzigan.

Au mois d'août 1871, le scrotum de l'enfant commença à se tuméfier.

Au commencement de janvier 1872, le scrotum s'est ulcéré et il en est sorti une tumeur.

État actuel. — Enfant amaigri, pâle, teint malarique, chaires flasques. Plaques muqueuses sur la face interne des joues. Autour de l'anus, plusieurs condylomes bien caractérisés. Sur la fesse droite et tout près de l'entrée de l'anus, condylome aplati, large de $0^m,025$. A la partie droite et inférieure du scrotum, ulcération à peu près circulaire de $0^m,025$ de diamètre, par laquelle sort une tumeur de forme cylindrique, un peu aplatie, mesurant $0^m,025$ en diamètre et $0^m,015$ en longueur. Sa consistance rappelle celle du squirrhe. Cette tumeur se prolonge dans les bourses, dans une étendue de $0^m,015$, en conservant à peu près le même diamètre.

La compression ne détermine aucune douleur. De l'extrémité supérieure de la tumeur part un cordon gros comme le pouce de l'enfant; lequel cordon s'amincit à mesure qu'il s'approche du canal inguinal.

La portion herniée de la tumeur est d'une couleur rosée mêlée de jaune par places. La pression fait suinter une très-petite quantité d'un liquide ayant la consistance de la lymphe plastique.

Autour de l'ulcération, la peau des bourses est d'un rouge violacé, ainsi que les couches sous-jacentes; elle est un peu indurée. On reconnaît facilement que la tumeur n'est autre chose que le testicule droit. De ce côté, les ganglions inguinaux sont indurés, un peu plus gros qu'un petit pois.

A gauche, la peau du scrotum est à peine épaissie; elle est rouge, mais moins qu'à droite. Le testicule ne présente aucune lésion apparente.

La rate est augmentée de volume. — Fièvre tous les soirs.

Traitement. — 2 grammes de liqueur de Van-Swieten et 0gr20 d'iodure de potassium. Sur le testicule on a appliqué de la pommade à l'oxyde rouge de mercure.

22 *février.* — La portion herniée a diminué de moitié; ses bords sont arrondis, elle a maintenant la forme d'une extrémité d'ovoïde; couleur et consistance comme lors de l'entrée à l'hôpital.

Le volume des bourses est aussi diminué. Les plaques muqueuses de la bouche ont disparu. Les condylomes du pourtour de l'anus représentent à peu près le cinquième de ce qu'elles étaient.

Facies meilleur, teint malarique moins prononcé. Le petit mange, il est gai.

9 *avril.* — La tumeur fait à peine saillie au dehors; avec le scrotum, elle forme à peine le volume d'un abricot de moyenne grosseur. L'ulcère n'a plus que 0m,018 de diamètre; le testicule, dont la tumeur est une dépendance, a le volume d'une petite noix.

Le cordon droit est tout aussi gros qu'autrefois.

Les condylomes ont disparu et sont remplacés par de simples taches.

20 *mai.* — L'ulcération du scrotum est réduite a 0m,008 de diamètre Le testicule est complétement rentré dans les bourses; il a le volume d'une grosse olive; sa surface est lisse, son extrémité inférieure adhère au scrotum, au point où se trouve encore l'ulcération. Dans tout le reste de son étendue, l'organe est libre de toute adhérence, mobile dans tous les sens.

Le cordon droit est toujours gros; rien de particulier à gauche.

Pas d'autre accident syphilitique. L'enfant mange bien, il engraisse.

En juin et en juillet, retour des accidents palustres (fièvres d'accès, diarrhée, vomissements, toux, congestion de la rate, anémie).

Amaigrissement malgré tous les toniques que nous avons employés. (Sulfate de quinine.)

Statu quo pour les testicules.

Novembre. — Le petit tzigan est devenu cachectique.

Mars 1873. — Apparition d'un ulcère au niveau des articulations métatarso-phalangiennes gauches. Une autre ulcération à peu près dans

la même région à droite. Ces ulcères sont circulaires, arrondis, de 0^m,02 de diamètre, et intéressant toute la peau. Ganglions inguinaux des deux côtés, tuméfiés, ayant acquis le volume d'une grosse noisette chacun.

A deux ou trois jours d'intervalle apparaissent d'autres ulcérations sur le cuir chevelu, ayant les mêmes caractères que celles des pieds. Leur aspect rappelle celui des ulcérations que l'on observe sur les jambes des adultes dans la période secondaire avancée de la syphilis ou au commencement de la période tertiaire,

Sous les angles de la mâchoire inférieure, plusieurs ganglions de la grosseur d'une noix muscade. L'enfant s'étiole de jour en jour.

Avril. — Œdème de la face, puis des membres inférieurs, puis ascite. Douleur très-marquée dans l'hypocondre gauche. Toux, expectoration de glaires, épanchement séreux dans chaque cavité pleurale.

29 *avril.* — Mort.

Autopsie. — Les pièces ont été examinées aussi par M. Kalindéro, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cerveau et méninges infiltrés de sérosité. Poumons œdématiés. Rate triplée de volume. La capsule d'enveloppe très-notablement épaissie ; adhérences multiples. A la coupe de l'organe, on voit que les cloisons celluleuses sont hyperplasiées. Dans la partie inférieure de la rate, collection purulente du volume d'une noix.

Au microscope, on constate que les parois des vaisseaux de la rate ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse, et que dans les petits vaisseaux il y a des infarctus.

Foie augmenté de volume, très-adhérent au diaphragme par des brides cellulo-fibreuses ; capsule de Glisson épaissie ; stéatose du foie des plus prononcées ; point de dégénérescence amyloïde.

Ganglions mésentériques très-gros et indurés ; quelques-uns ont le volume d'un marron, d'autres celui d'une forte noix.

Reins très-volumineux, pesant 70 grammes chacun. Leur capsule est épaissie, d'une couleur rosée mêlée de gris cendré. A la coupe, on voit que ces organes sont anémiés, stéatosés. La dégénérescence graisseuse a atteint autant la substance corticale que les cellules des tubuli.

Le testicule gauche, qui ne paraissait pas malade durant la vie, présente à la coupe une hyperplasie, un épaississement des cloisons celluleuses, cloisons qui sont devenues fibreuses. Dans l'intervalle il est resté du *tissu normal* du testicule. (Nous parlons ici du résultat de l'examen fait *à l'œil nu.*) A la coupe, on voit des stries formées par les cloisons de tissu conjonctif alternant avec des stries de tissu sain ou à peu près. Les stries ont entre un et deux millimètres d'épaisseur.

Le testicule droit a dans sa moitié supérieure des stries comme le testicule gauche ; à mesure qu'on s'éloigne de l'extrémité supérieure, les cloisons de tissu conjonctif deviennent de plus en plus épaisses, de plus en plus larges, en sorte que dans le quart inférieur, il n'y a presque plus de tissu testiculaire.

D'après cet examen fait à l'œil nu, nous avons conclu que nous avions affaire à un testicule syphilitique type. Néanmoins nous avons

tenu, mon collègue Kalindéro et moi, à avoir l'avis de M. Cornil.

Nous avons donc envoyé les deux testicules à Paris, et voici ce que M. Cornil nous a répondu :

« Les testicules sont bien et dûment atteints de périorchite et d'orchite syphilitiques. Je crois qu'il s'agit de syphilis héréditaire. Ce sont des observations très-intéressantes, et importantes d'autant plus que dans l'histoire de la syphilis héréditaire infantile, les lésions des testicules ont passé inaperçues.

« Les lésions portent sur la vaginale, l'albuginée, l'épididyme et le tissu conjonctif interstitiel du testicule. Il s'agit partout d'une inflammation chronique hyperplastique, avec formation de tissu conjonctif jeune et multiplication des éléments cellulaires. »

En voici le détail :

« Quand on examine une section mince du testicule normal à cet âge « (de deux à trois ans), on voit que les tubes séminifères sont séparés les uns des autres par une mince épaisseur de tissu conjonctif « lâche, dans lequel circulent les capillaires. Ce tissu présente des cel- « lules dont les noyaux sont ovoïdes. La membrane propre des tubes « est assez épaisse et elle possède aussi des cellules dont les noyaux « sont ovoïdes et beaucoup plus gros, beaucoup plus faciles à voir « que dans la membrane propre des tubes du testicule des adultes. « Quant au contenu épithélial, il est formé de cellules pavimenteuses « assez grosses, presque cubiques et claires, pourvues d'un noyau.

« Cet examen préalable du testicule de l'enfant était nécessaire, car le « tissu conjonctif et les membranes des tubes diffèrent de leur état « adulte. Si l'on rencontrait à une période plus avancée de la vie les « caractères précédents, on devrait les rapporter à une inflammation.

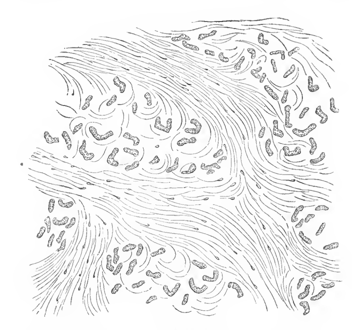
« Les préparations de ces testicules normaux nous ont servi de points « de comparaison avec celles obtenues par les mêmes procédés chez « celui de votre malade.

« En examinant ces dernières à un faible grossissement, on est tout « d'abord frappé de l'épaississement du tissu conjonctif intertubulaire. « Ces cloisons sont en moyenne au moins le double des mêmes par- « ties observées sur le testicule sain. La répartition du tissu conjonctif « dans toute la glande montre qu'il est hypertrophié partout, c'est-à- « dire que plus une région du testicule possède normalement de ce « tissu, plus elle en offre dans le testicule malade. Ainsi c'est au corps « d'Hygmore et à la racine du testicule, le long des lobules et à la « surface de l'organe qu'il est le plus notablement épaissi. Dans un « même lobule, depuis la naissance du lobule jusqu'à sa base, les « tubes séminifères sont aussi séparés par des cloisons plus épaisses « du double que celles du testicule normal.

« Partout ce tissu est fibreux, constitué par des fibres qui montrent « entre elles de nombreuses cellules rondes ou globuleuses avec des « noyaux ronds ou ovoïdes, cellules qui sont là en quantité beaucoup « plus considérable que sur le testicule *étalon*. Là aussi existent de « nombreux vaisseaux formant un réseau qui est, en partie au moins, « de formation nouvelle.

« La membrane propre des tubes testiculaires est aussi très-notablement épaissie, et elle possède un plus grand nombre de cellules pourvues de noyaux ovoïdes. L'inflammation chronique interstitielle porte par conséquent aussi bien sur cette membrane que sur le reste de la gangue fibro-cellulaire.

« Quant aux cellules épithéliales contenues dans les tubes, pour en avoir une connaissance complète il aurait fallu pouvoir les examiner à l'état frais, parce que l'alcool empêche d'apprécier les granulations contenues dans leur intérieur ; néanmoins je puis dire qu'elles ont un aspect granuleux qu'on ne retrouve pas dans le tes-



Coupe d'un testicule d'enfant atteint d'orchite syphilitique. Préparation de M. le Dr Coyne.

« ticule normal ; sur beaucoup d'entre elles les granulations ont l'aspect réfringent de la graisse. Ces granulations sont très-petites ; on les aurait probablement mieux vues à l'état frais.

« Le diamètre des tubes testiculaires est diminué, mais dans une très-faible proportion.

« Ce qui précède me dispensera d'entrer dans de grands détails relativement aux synéchies de la vaginale, qui sont constituées également par du tissu conjonctif, et à l'épaississement de l'albuginée.

« Dans l'epididyme, même altération, même formation de tissu conjonctif entre les tubes épididymaires. Ces derniers sont un peu plus étroits que normalement.

« En résumé, périorchite, épididymite et orchite interstitielle chroniques.

« Relativement à la nature de la lésion il ne peut pas être douteux « qu'elle soit syphilitique. C'est le type de l'orchite syphilitique non « gommeuse de l'adulte. La coexistence des syphilides est bien dé- « montrée.

« J'ajoute que la syphilis héréditaire confond toutes les périodes, et « elle est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit vul- « gairement, même à un âge assez avancé (12, 15, 18 ans). J'en ai vu un « assez grand nombre d'exemples.

« La distinction des périodes dans la syphilis héréditaire n'a plus la « moindre importance, et dans la syphilis acquise elle-même les affec- « tions osseuses ou périostiques et les accidents viscéraux graves peu- « vent dans certains cas, heureusement rares, se montrer avec les érup- « tions de la période dite secondaire.

« Aussi, inclinerais-je à penser par l'anatomie pathologiqne que les « testicules envoyés par vous sont ceux d'un enfant atteint de syphi- « lis héréditaire.

« L'examen de la pièce a été fait en commun par M. Coyne et moi. « M. Coyne, qui a été une année interne à l'hospice des Enfants assis- « tés, a remarqué souvent, à l'autopsie d'enfants syphilitiques, des acci- « dents du côté des bourses et des testicules, et c'est pour cela que je « me l'étais adjoint. Il est, du reste, mon préparateur. »

Obs. III. — *Syphilis congénitale ; orchite syphilitique.*

Alexandre Robert Paiscan, âgé de 7 mois, est amené le 19 mars 1873. La mère, Roumaine fluette et de petite taille, ne porte aucune trace de syphilis. Elle est mariée depuis cinq ans à un grand et robuste Allemand, qui reconnaît avoir eu, avant son mariage, une syphilis constitutionnelle bien marquée, qui n'a pas été traitée. Les accidents ont disparu au bout de deux ans environ.

Un an après le mariage, la femme a eu un premier enfant, qui, d'après les dires de la mère, a eu une tuméfaction considérable du scrotum peu de temps après la naissance. Puis il est survenu un enrouement, et le petit être *est mort d'angine.*

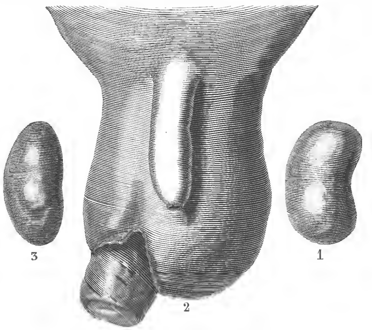
Quant aux antécédents de notre petit malade, dix jours environ près la naissance, il a eu *des taches* rouges sur les membres inférieurs et sur la face. Peu de temps après, on s'est aperçu que l'enfant avait des *bobos dans la bouche.* Les narines ont été enchifrenées dès la naissance. C'est vers le quinzième jour après la naissance que la femme s'est aperçue que le scrotum était tuméfié.

Etat actuel. L'enfant n'est pas trop amaigri. Sur le front, deux papules arrondies, de $0^m,003$ de diamètre. Sur la racine du nez, une papule de $0^m,008$; sur le nez, une autre de $0^m,007$. Ces quatre papules ont la couleur et tous les caractères des papules syphilitiques. Les narines enchifrenées ; à l'entrée des narines la muqueuse est légèrement ulcérée, comme cela se voit fréquemment chez les scrofuleux. Lèvres gercées, mais pas fendillées.

Sur la cuisse gauche, papule ulcéreuse de $0^m,004$ de diamètre. En arrière de l'anus, plaque muqueuse de $0^m,005$ de diamètre.

Les testicules sont augmentés de volume, de forme allongée, sans bosselures, ayant la consistance du squirrhe.

L'extrémité inférieure du testicule gauche est d'une dureté cartilagineuse. De là, l'induration diminue insensiblement et sans limite franche.



1. Testicule (grandeur naturelle) de l'enfant de l'observation I.
2. Testicule et scrotum (grandeur naturelle) de l'enfant de l'observation II.
3. Testicule (grandeur naturelle) de l'enfant de l'observation III.

Epididyme et cordon sans changement. Ganglions inguinaux à peine plus prononcés qu'à l'état normal.

Grâce au traitement mercuriel, les papules et les ulcérations ont commencé à pâlir. Les testicules sont restés stationnaires.

Malgré toutes nos instances l'enfant a été retiré de l'hôpital le 17 avril (c'est-à-dire 29 jours après son entrée), et nous n'en avons plus eu de nouvelles.

Obédénare,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté de médecine de Bucharest.

M. Després. Messieurs, M. le Dr Obédénare, ancien interne des hôpitaux de Paris, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Bucharest, vous a communiqué, à la fin de l'année dernière, trois faits de lésions testiculaires chez des enfants et qu'il croit devoir rattacher à la syphilis constitutionnelle. Avant d'entrer dans l'étude de ce travail, permettez-moi de nous féliciter des bons souvenirs que M. Obédénare a conservés de l'école française dont lui et ses

compatriotes ont fait choix. Fidèles à notre fortune et malgré nos malheurs, le peuple roumain croit encore en nous, et ses enfants mêlés hier à notre jeunesse studieuse reviennent volontiers, lorsqu'ils sont devenus des maîtres, demander à ceux dont ils ont suivi les leçons une approbation, des conseils et mêmes des critiques qui sont d'autant plus précieux ou d'autant moins cruels qu'ils viennent de cœurs amis.

Le travail dont je vais vous entretenir et dont à l'avance je puis le dire votre commission demandera la publication, comprend trois observations. L'une d'elles, la plus complète, est accompagnée d'une autopsie et d'un examen microscopique qui a été fait avec le plus grand soin par un de nos collègues des hôpitaux dont vous connaissez tous la compétence, le Dr Cornil, et par M. Coyne.

Le titre qu'a donné M. Obédénare à l'observation la plus complète, l'opinion de M. Cornil semblent devoir couper court à toute controverse. Un enfant syphilitique nourri par une mère syphilitique présente une lésion inflammatoire chronique du testicule, vérifiée par un examen microscopique rigoureux et ressemblant à quelques-unes des observations déjà publiées de testicule vénérien chez l'adulte, c'est tout ce qu'il faut pour légitimer la conclusion de M. Obédénare. On peut dire raisonnablement que le petit bohémien a eu des testicules syphilitiques, et des médecins même parmi les plus éclairés ne manqueront pas d'être de cet avis. Permettez cependant à votre rapporteur de s'éloigner de ce que l'on appelle le respect des choses acceptées. Laissez-moi vous demander si nous savons d'après tout ce qui a été écrit jusqu'à nos jours ce que c'est que le testicule syphilitique et s'il est bien admissible qu'il y ait des testicules syphilitiques chez les enfants.

Existe-t-il un testicule syphilitique, y a-t-il une lésion du testicule chez l'adulte et chez l'enfant à laquelle on puisse donner le nom de testicule syphilitique? L'enfant qu'a observé M. Obédénare a-t-il présenté cette lésion? tels sont les deux points sur lesquels on doit s'arrêter en face du fait presque nouveau qui vous est soumis.

Depuis A. Cooper, qui a produit des faits courts, la première donnée anatomo-pathologique qui ait été produite est une albuginite représentée dans l'*Iconographie des maladies vénériennes* de M. Ricord. A cette époque et pendant les années qui suivirent, il paraissait évident que le testicule syphilitique était une lésion portant presque exclusivement sur le corps du testicule. Plus tard on n'admettait guère de lésions syphilitiques du testicule autres que des gommes développées d'abord dans la tunique externe des vaisseaux ou des canalicules spermatiques, disposition qui est admise aujourd'hui comme étant le propre des tubercules testiculaires Il y avait bien aussi une orchite parenchymateuse syphilitique res-

semblant, au dire même des syphiliographes, à une orchite avec transformation fibro-graisseuse du testicule. C'était là l'opinion des Allemands, opinion que Virchow avait le mieux exposée dans la syphilis constitutionnelle. Il a été publié un certain nombre d'observations à l'appui dans les livres et dans les bulletins de la Société anatomique. Il y a toujours eu, en effet, des observations pour appuyer les vues des médecins. M. Dron a eu des observations d'épididymite syphilitique, M. Gosselin, qui croyait devoir rattacher le fongus benin du testicule à la syphilis testiculaire, a observé des faits confirmatifs. Curling et Hamilton avaient aussi démontré, avec des observations, que les produits nouveaux formés dans le testicule syphilitique étaient voisins du tubercule, parce que ces auteurs avaient vu des orchites syphilitiques entraîner ultérieurement la tuberculose ou coïncider avec elle.

La pnblication française du traité des tumeurs de Virchow est le dernier livre paru où l'on puisse trouver des détails sur l'anatomie pathologique du testicule syphilitique, et, chose curieuse, cette œuvre de progrès est celle qui augmente le plus les incertitudes de votre rapporteur et sans doute aussi les vôtres.

Virchow décrit deux formes de testicules syphilitiques, les mêmes qu'il avait déjà signalées dans son *Traité de la syphilis*, traduit et commenté par les syphiliographes français. Voici ce qu'il dit en 1871 (Virchow, *Path. des tumeurs*, trad. Paris, t. II, p. 425) : L'orchite syphilitique dans les cas légers est une inflammation chronique du tissu connectif placé entre les canalicules spermatiques, souvent liée à une périorchite (ce que nous appelons en France la vaginalite). Virchow reconnaît en outre que cette lésion est l'albuginite de Ricord, il ajoute que les cloisons du testicule devenues fibreuses se rétractent. L'orchite gommeuse est un état plus avancé de l'orchite syphilitique; dans les cloisons fibreuses, on trouve des masses jaunes qui ont pour origine l'augmentation de volume et la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif, et la métamorphose graisseuse. Quoique Virchow déclare que la tuberculose diffère essentiellement du sarcocèle gommeux, il reconnaît qu'il lui est arrivé souvent de ne pouvoir s'édifier sur la nature de tumeurs dont l'étiologie avait été douteuse. Il dit encore (*loc. cit.*, t. II, p. 465) : chaque année en m'apportant de nombreux matériaux d'observation, m'a confirmé dans l'idée que même dans la tumeur gommeuse la granulation syphilitique ne se distingue pas plus de la granulation inflammatoire que la roséole syphilitique ne se distingue de la roséole simplement fluxionnaire. Enfin et pour ajouter au doute, Virchow écrit que les orchites chroniques avec production de masses jaunes, signalées par Curling et Hamilton, doivent être rapportées aux orchites gommeuses.

Si l'homme le plus compétent de l'Allemagne en anatomie pathologique a tenu ce langage, que peut-on affirmer ? Pour défendre le testicule syphilitique, il ne reste donc que la clinique c'est-à-dire l'étiologie et les symptômes d'une lésion testiculaire, je ne parle pas du traitement, nous allons voir tout à l'heure ce que l'on doit en penser.

Je n'entreprendrai pas de rappeler les observations de testicules syphilitiques qui ont été publiées, quoiqu'elles ne dépassent pas 30, et qu'il y en ait quelques-unes seulement sur lesquelles une discussion puisse porter. Toutes les observations offrent alternativement un *desideratum;* tantôt il est écrit banalement que le malade a eu autrefois la syphilis ou une maladie vénérienne, tantôt la syphilis est bien constatée dans les antécédents des malades, mais il n'y a pas d'autopsie. Des thèses, des leçons, des livres, ont mis en circulation des faits de cette nature. Mais dans plusieurs observations on constate que le malade est tuberculeux, qu'il a des antécédents de famille et que le testicule vénérien est un testicule induré chez un tuberculeux; ces cas d'ailleurs sont décrits comme des épididymites syphylitiques. Dira-t-on que l'on a obtenu l'amélioration d'engorgements testiculaires par un traitement spécifique anti-vénérien et que cela seul suffit ? A cela je répondrai que les bulletins de la Société anatomique renferment un fait très-instructif à cet égard. Un malade traité successivement par nos collègues MM. Guyot et Mauriac pour un engorgement des testicules jugé syphilitique, parce que le malade avait eu autrefois une syphilis confirmée, a été amélioré par les mercuriaux et l'iodure de potassium. Deux fois le malade était la démonstration clinique de l'existence du testicule syphilitique, et le patient devenu ensuite paraplégique semblait être un des meilleurs exemples. Mais le temps est venu juger en dernier ressort : le malade est mort; il avait un testicule cancéreux avec métastase dans la colonne vertébrale[1]. Supposez que ce malade soit allé mourir loin de Paris, croyez-vous qu'avec les théories actuelles les élèves de MM. Guyot et Mauriac n'auraient pas juré qu'ils avaient vu un exemple frappant de testicule syphilitique ?

J'ai en ce moment dans mon service un malade qui a eu autrefois des chancres et des bubons suppurés, quelques croûtes dans les cheveux et une chute passagère des cheveux pendant qu'il prenait du mercure, mais sans autres accidents. Trois ans après, le malade qui était soldat de marine, prit la fièvre jaune à la Martinique. L'année suivante, il est atteint de paraplégie regardée comme syphilitique, qui guérit par les pointes de feu sur le rachis et par l'iodure de potassium. Sept ans après nouvelle attaque de paraplégie guérie de même. Un an

[1] *Bull. Soc. anat.*, 1870, p. 388.

après cette rechute faiblesse des jambes guérie par les mêmes moyens. En novembre 1874, le malade entra dans mon service avec une orchite double. Huit jours auparavant, il avait fait un faux pas à la suite duquel il avait éprouvé une douleur vive dans le scrotum. Nous constatons une tuméfaction douloureuse des deux testicules, principalement le gauche, avec rougeur du scrotum. L'épididyme droit est dur, lobulé, surtout à la partie inférieure et le testicule est doublé de volume. A gauche la tuméfaction et les nodosités sont moindres. En un mot, le malade avait une orchite double franchement inflammatoire. Mais comme il n'y avait ni uréthrite, ni cystite, ni prostatite, ni hémorrhoïde, il fallait chercher ailleurs la cause de ces orchites. Il n'y avait rien à la prostate, mais les sommets des poumons étaient douteux.

L'orchite gauche nécessita des ponctions avec la lancette pour calmer les douleurs. Un mois après, le testicule droit se tuméfia et devint très-douloureux. Mais l'inflammation décrut seule sous l'influence du repos et des cataplasmes. Aujourd'hui, 21 janvier, la résolution s'achève, mais il reste une induration de la queue de l'épididyme de chaque côté. Notons que le malade a été traité par le repos et les cataplasmes exclusivement, sauf les ponctions nécessitées par la violence de l'inflammation du côté droit.

Que dirait-on de ce malade après les trois jugements portés sur lui et les traitements qu'il a subis? Quelques médecins ne manqueraient pas de déclarer qu'il s'agit d'orchites syphilitiques. Je ne l'ai point pensé, parce que l'inflammation avait le caractère des orchites franches qui ont un peu de durée lorsque le corps du testicule est atteint. La mère du malade est morte diabétique, son père est mort fort jeune et on ignore à quelle maladie il a succombé, le malade est pâle et ses sommets sont douteux. Si l'on dit que le malade a eu des chancres et des bubons et qu'il a eu la syphilis, je répondrai qu'il a eu la fièvre jaune, comme le petit malade de M. Obédénare a eu les fièvres palustres, et qu'après ces maladies graves la tuberculose et l'adénie deviennent menaçantes. Le diagnostic que j'ai porté sur le malade de l'hôpital Cochin est celui d'orchite annonçant la tuberculisation des testicules. Vous connaissez tous des faits de ce genre, où en dehors de toute uréthrite, on voit des orchites franches, des orchites à bascule, envahissant successivement et alternativement les testicules, qui sont suivies à plus ou moins longue échéance, de tubercules testiculaires confirmés, bien qu'il n'y eût au moment de l'apparition des orchites, aucun signe de tuberculisation pulmonaire. Je cite ce fait, parce qu'il y a des faits identiquement semblables, qui ont été produits comme des exemples de testicules syphilitiques.

Il y a beaucoup de banalités dans la médecine dont il faut autant que possible nous débarrasser. Depuis 1856, depuis l'apparition du livre d'Yvaren sur les *Métamorphoses de la syphilis*, des lésions

variées ont été rattachées indéfiniment à la syphilis. Pendant quelques années les médecins en étaient arrivés à ce point que tout ce dont ils ne pouvaient trouver la cause était de la syphilis et ils disaient même qu'en face d'une tumeur dont on ne pouvait préciser la nature, il était prudent de soumettre pendant quelque temps le malade au traitement antisyphilitique. Je crois que je n'exagère rien. Qu'arriva-t-il alors, messieurs ? C'est que les lésions inflammatoires, chroniques, de toutes sortes et de toute origine ont été améliorées ou guéries pendant l'usage du traitement antisyphilitique, qu'elles ont été mises sur le compte de la syphilis et que nous sommes encore encombrés de faits de cette époque.

Il y a des orchites épididymaires et testiculaires aiguës et chroniques qui sont liées à une foule de causes. L'uréthrite, la cystite, les calculs vésicaux, la prostatite, les ulcérations rectales, les fistules à l'anus, les excès de coït, la masturbation causent des orchites aiguës, simples ou doubles. Des orchites antérieures, les vaginalites varioleuses ou rhumatismales, la vaginalite des oreillons, les lésions traumatiques du scrotum et en particulier les plaies du scrotum avec hernie du testicule, causent des indurations chroniques du testicule. Tout cela est bien admis aujourd'hui. L'adénie et la scrofule, dont elle est si voisine qu'on peut dire que l'adénie est la scrofule acquise, semblent ne point devoir épargner le testicule. S'est-on préoccupé, dans les observations de testicule dit syphilitique, de savoir si l'une ou l'autre de ces causes avait pu produire un engorgement du testicule, s'il y avait eu des orchites antérieures ? Non, certes. Et quand même l'on ne trouverait aucun de ces antécédents, serait-on en droit de dire que le mal est syphilitique, s'il ressemble au mal qu'on observe chez les malades qui ont des antécédcnts étrangers à la syphilis?

Il y a des lésions qui appartiennent en propre à la syphilis, qui ont une forme déterminée et que l'on rencontre chez tous ou presque tous les syphilitiques: la plaque muqueuse, par exemple, et le tubercule cutané syphilitique. Mais quant à ces lésions sans caractère anatomique fixe, que l'on rencontre dans quelques viscères chez quelques syphilitiques, qui dans le testicule, par exemple, ne présentent ni le même siége ni la même évolution clinique, qui tantôt ne peuvent être rattachés, dit-on, qu'à la syphilis et tantôt peuvent être rattachées à des maladies qui, en l'absence de toute syphilis, causent normalement la même altération, on ne saurait les rapporter à la syphilis par ce seul fait qu'elles existent chez des sujets syphilitiques.

L'observation de M. Obédénare ressemble à plusieurs relations de testicules syphilitiques observés chez les adultes, elle n'est ni moins ni plus probante. Sous un rapport, l'ulcération du scrotum,

elle ressemble au fongus bénin, que M. Gosselin est porté à attribuer à la syphilis [1]. Mais le testicule de l'enfant est resté lisse, quoiqu'il fût hernié, il n'y a point d'ulcération du testicule, il n'y existe que de la tuméfaction inflammatoire comme on l'observe chez les malades qui ont une hydrocèle suppurée avec gangrène du scrotum ou des blessés qui ont une plaie du scrotum avec hernie du testicule.

L'examen microscopique, dit M. Cornil, démontre que le testicule a été atteint d'inflammation interstitielle chronique. Cela ne saurait en rien établir que le mal est syphilitique. Car s'il s'était agi d'une hernie du testicule au travers d'une escharre, nous aurions eu exactement les mêmes lésions.

Nous ne savons pas si l'enfant a eu une orchite dite des oreillons, nous ne savons pas s'il a eu une hydrocèle congénitale, ni comment s'est produite la hernie du testicule. Les lésions viscérales appartiennent à la cachexie palustre et les ganglions engorgés dans l'abdomen ressemblent à ce que nos devanciers désignaient sous le nom de carreau. L'enfant a eu les manifestations cutanées de la syphilis, cela est vrai, mais il a eu autre chose, et le défaut de produits caractéristiques dans le testicule ne conduit pas à admettre que le testicule du petit malade soit un testicule syphilitique. Je ne proposerai aucune interprétation du fait en l'absence de renseignements sur le début de la lésion des bourses, mais je crois pouvoir affirmer que le testicule a été purement et simplement enflammé. La multiplication des éléments fibreux du testicule existe dans les cloisons normales de cet organe, là où se trouvent les vaisseaux et le tissu conjonctif, et cela a lieu de la sorte dans toutes les inflammations des parenchymes. On dira sans doute que le testicule qui paraissait sain sur le vivant présentait à l'autopsie le même état inflammatoire ancien constaté dans le testicule malade, que l'on trouvait ainsi la vérification de cette loi : que le testicule syphilitique est généralement double ; mais cela ne prouve plus rien, car les testicules tuberculeux, les orchites à bascule et même les cancers peuvent être doubles. Les testicules, comme les viscères doubles, subissent des engorgements quand l'un des deux éprouve une inflammation ou subit une métamorphose. Je n'ajouterai pas qu'il est étonnant qu'on ait reconnu si tard un testicule syphilitique de l'enfant, quand il y a tant de syphilitiques et tant de syphiliographes qui ont intérêt à rattacher à la syphilis le plus de lésions possibles ; je ferai remarquer combien il est surprenant que chez ce

[1] Curling, *Traité des mal. des testicules*. Notes de Gosselin, art. ORCHITE CHRONIQUE, p. 355.

petit bohémien mort d'adénie et de leucocytose, le testicule seul ait présenté une altération de la syphilis viscérale, alors que cet organe à cet âge ne remplit aucune fonction et est pour ainsi dire rudimentaire.

Mais, messieurs, je ne saurais manquer de rappeler qu'il existe dans la science des faits analogues, avec une interprétation autre que celle de M. le docteur Obédénare. A. Cooper a signalé des engorgements des testicules chez les très-jeunes enfants, engorgements indolents qui disparaissaient seuls et qui n'étaient accompagnés d'aucune altération de la santé générale. Cooper parle de ces faits dans le mémoire relatif aux engorgements scrofuleux [1]. Hamilton, au dire de Curling, a vu des faits semblables. Enfin Fleming a montré à Curling des fongus bénins du testicule chez des enfants de deux ans environ. Sur l'un des enfants qu'a vus l'auteur anglais, le testicule gauche, sensiblement augmenté de volume, sortait à travers une ulcération du scrotum. Fleming a vu encore deux autres exemples de fongus bénins sur des enfants d'environ trois ans, et dans aucun des cas qu'il a pu observer, ajouta-t-il, il n'a pu rapporter la maladie à une *infection syphilitique constitutionnelle chez les parents* [2].

Curling partageait l'opinion de Fleming et désignait la lésion du testicule des enfants sous le nom d'orchite chronique ; il ne croyait même pas à la scrofule, comme le texte de A. Cooper semblait le préciser.

Telles sont les réflexions qu'ont suggérées à votre rapporteur les observations qui vous ont été soumises.

La Commission vous propose :

1° De renvoyer le travail de M. le docteur Obédénare à votre Bulletin ;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication.

Ces conclusions sont adoptées.

3° M. Ledentu fait un rapport oral sur *trois observations de plaie artérielle*, présentées par M. Gaillard, de Parthenay.

Voici en quelques mots le résumé de ces faits :

[1] A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac et Richelot, Paris, 1837, p. 453.

[2] Curling, *Maladies du testicule*. Edit Gosselin, Paris, 1857, p. 333. Edit. anglaise, 2e édit., p. 516.

Plaies d'artères.

Observation I. — Un apprenti sabotier de 13 ans s'enfonce, le 1er septembre 1870, un coupe-biseau dans le premier espace interosseux. On arrête l'hémorrhagie par une compression faite au moyen de plaques d'amadou.

Le soir, nouvelle hémorrhagie. M. Gaillard pense que l'artère blessée est la collatérale interne du pouce ou une des arcades palmaires; il se borne à rétablir la compression au moyen de rondelles d'amadou imbibées de perchlorure de fer.

L'hémorrhagie se renouvelle le 3, le 6, le 9, le 11, le 12, le 13, le 15, le 16, le 17, malgré la compression digitale de la radiale faite trois fois par jour (nous ignorons pendant combien de temps), à partir du 9 septembre, et la compression digitale permanente instituée le 13.

Le 17, M. Gaillard s'étant assuré que la compression de la radiale seule arrête l'hémorrhagie, en fait la ligature à la partie inférieure de l'avant-bras. Le soir même l'hémorrhagie reparaît. M. Gaillard fait faire la compression digitale intermittente de la cubitale de quart d'heure en quart d'heure. L'hémorrhagie ne se produit plus. On éloigne de plus en plus les séances de compression.

Le 30 septembre la guérison est complète, y compris la cicatrisation des plaies.

On pourrait intituler cette observation : *Plaie artérielle de la main. — Insuccès de la compression et du perchlorure de fer. — Neuf hémorrhagies secondaires. — Insuccès de la ligature de la radiale seule; une dixième hémorrhagie secondaire. — Combinaison de la ligature de la radiale avec la compression de la cubitale. — Guérison.*

« Pour ceux qui sont d'avis de ne pas faire la ligature dans la plaie dit M. Gaillard, il est prudent, avant de se décider pour la ligature de l'humérale ou des deux artères de l'avant-bras, de se livrer à la petite expérience que j'ai faite, c'est-à-dire de comprimer alternativement la radiale et la cubitale, pour voir, si l'une et l'autre alimentent l'hémorrhagie, ou bien si le sang vient seulement d'un de ces vaisseaux. *Il est vrai que cette expérience m'a trompé*, puisque l'hémorrhagie s'est reproduite après la ligature de la radiale; mais il reste cependant démontré pour moi que la principale source de l'hémorrhagie était la radiale; et la preuve, c'est que malgré la compression bien faite de cette artère pendant huit jours, l'hémorrhagie se reproduisait, tandis qu'elle s'est arrêtée complétement par la compression de la cubitale, après la ligature de la radiale.

« Ce fait montre tout au moins que si dans certains cas, les hé-

morrhagies de la paume de la main ne peuvent être arrêtées que très-difficilement et nécessitent la ligature des deux artères de l'avant-bras, de l'humérale et même de l'axillaire, il en est aussi qui sont arrêtées par la ligature *d'une seule artère de l'avant-bras.* »

Conclusion un peu inattendue, il faut bien le reconnaître, puisque le soir même du jour où la ligature de la radiale avait été faite, l'hémorrhagie se reproduisit. J'ajouterai qu'une guérison obtenue par une méthode thérapeutique au prix de dix hémorrhagies secondaires ne porte pas en elle des éléments suffisants de persuasion.

Observation II. — Jeune homme qui, en tombant sur une faucille, s'était fait au bras, immédiatement au-dessus du pli du coude, une blessure profonde de 3 à 4 centimètres de large. M. Gaillard, appelé quelques heures après l'accident, enlève le pansement provisoire appliqué avant sa venue : un gros jet de sang saccadé, rutilant jaillit aussitôt. Le biceps est sectionné en travers.« Il est évident, dit M. Gaillard, que l'artère humérale a été coupée ; je fais quelques recherches pour en découvrir les extrémités, mais sans pouvoir y parvenir ; *il aurait fallu pour cela faire un débridement.* Je me décide alors pour la méthode d'Anel et je pratique la ligature à la partie moyenne du bras, en dedans du biceps : l'opération est facile et arrête immédiatement l'hémorrhagie. La cicatrisation des deux plaies ne s'est pas fait attendre et ce jeune homme a pu reprendre ses travaux agricoles. »

Observation III. — Section incomplète de l'artère radiale au-dessus du poignet. M. Gaillard lie les deux bouts au-dessus et au-dessous de de la plaie. Quelques jours après le blessé était guéri.

« De tout ceci, dit M. Gaillard, je conclurai que, malgré les données de l'anatomie et l'expérience acquise en fait de plaies artérielles, *il n'y a rien d'absolu* dans la conduite à tenir par la chirurgien.

« La ligature des deux extrémités d'une artère divisée est le plus sûr moyen d'arrêter l'hémorrhagie, surtout dans les parties du corps où les anastomoses sont nombreuses, comme à la paume de la main, et je suis d'avis qu'on doit y essayer, quand la plaie est vaste et permet facilement les recherches. Mais si la plaie est étroite et profonde, il est plus avantageux de recourir à la méthode d'Anel, dût-on lier deux artères, que de faire des débridements dangereux et de se livrer à des recherches infructueuses.

« Les indications sont donc différentes suivant les circonstances et le chirurgien doit en être juge. »

La Société de chirurgie étant sur le point de discuter la question éminemment pratique du traitement des hémorrhagies artérielles et principalement de celles de la main, je dois remercier en son nom

M. le Dr Gaillard de lui avoir communiqué trois faits d'un intérêt réel. Je vous ai fait connaître les conclusions de l'auteur par une citation textuelle et complète. J'ignore quel accueil elles ont reçu parmi vous; mais je manquerais à l'impartialité d'un rapporteur si je ne vous faisais connaître en quoi mon opinion diffère de celle de M. Gaillard. Je crois pour mon compte que dans l'espèce, aussi bien que dans toutes les questions qui touchent à la pratique chirurgicale, il faut faire la part la plus restreinte possible aux tendances personnelles du chirurgien; il faut le laisser le moins souvent possible juge de la conduite à tenir; il faut, en un mot, établir des règles générales, applicables à la grande majorité des cas, et réduire de plus en plus le cercle des exceptions.

Je sais bien que tout le monde a ces aspirations généralisatrices, et que tant qu'une question n'a pas été vidée, les méthodes thérapeutiques se partagent leurs partisans suivant leurs tendances personnelles et leurs aptitudes chirurgicales. Mais je crois qu'entre une méthode qui assure le succès et une autre pleine d'incertitude et féconde en déboires, il faut, d'une façon absolue et en principe, choisir la première, quitte à renoncer à son application si on la reconnaît impossible.

La vraie difficulté consiste à bien établir où commence cette impossibilité. Elle ne réside ni dans la profondeur, ni dans l'étroitesse de la plaie. Une blessure étroite peut n'avoir atteint qu'un vaisseau superficiel; une plaie profonde, bien qu'étroite, expose à autant d'accidents que des recherches méthodiques faites avec le soin désirable. Je pense donc que, sauf de biens rares exceptions, il faut poser en principe la nécessité de rechercher les bouts de l'artère divisée, et ne se rebattre sur les autres moyens qu'en cas d'insuccès.

En cela, messieurs, je m'écarte de M. Gaillard; mais je rappelle que tout en donnant la préférence à la méthode d'Anel pour les cas de plaie étroite et profonde, notre confrère reconnaît la supériorité de la ligature dans la plaie, lorsque la recherche des bouts ne doit pas présenter de trop grandes difficultés.

4° M. Ledentu lit un rapport sur un mémoire de M. Gallerand, médecin en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire, à Brest, intitulé :

Anévrysme inguinal; deux ans de traitement par la compression, ligature de l'artère iliaque externe.

Messieurs,

Le travail dont vous m'avez chargé de vous rendre compte se recommande à votre attention par plus d'un côté. Vous y trouverez

l'histoire d un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale et de la partie inférieure de l'iliaque externe, traité pendant deux ans, avec une persévérance que n'a point couronné le succès, par les différents modes de compression dont l'art dispose, employés seuls ou combinés avec la réfrigération. Au bout de ce temps, la ligature de l'iliaque externe étant devenue nécessaire, M. Gallerand la pratiqua, en ayant recours au procédé de M. Marcellin Duval, mais malheureusement le malade fut emporté au bout de quelques jours par la pyohémie.

L'importance du travail de M. Gallerand et l'intérêt qui s'attache à cette question éternellement jeune des anévrysmes, me font un devoir de vous en présenter de nombreux extraits. Voici d'abord l'observation telle qu'elle a été rédigée par l'auteur :

M. Genty, agent comptable du service colonial, âgé de 33 ans, est entré à l'hôpital maritime de Brest, le 8 juillet 1872. Arrivant de la Nouvelle-Calédonie, où cet employé a séjourné plusieurs années; il a été dirigé sur la France pour y être traité d'une affection dont le début remonte à un an et qui est survenue à la suite de circonstances qu'il est utile de mentionner.

Le 30 juin 1871, notre malade, obéissant à un sentiment généreux, travaillait à arrêter les progrès d'un incendie; il sauta à pieds joints, d'une hauteur de 5 mètres environ, du toit d'une maison sur le sol. Tout d'abord, il ne ressentit qu'une commotion assez violente; mais un mois plus tard, il vit que son pied droit devenait douloureux, qu'il était le siége d'un gonflement persistant, et les médecins consultés ne tardèrent pas à reconnaître dans l'aine la présence d'une tumeur offrant tous les caractères d'un anévrysme naissant.

Nous manquons de renseignements précis relativement au traitement suivi dès que la nature de la tumeur a été reconnue; toutefois, au dire du malade, que nous reconnaissons très-capable de nous éclairer, les tentatives de compression directe qui furent faites ont été très. réservées.

Le membre du côté affecté fut placé dans la demi-flexion et une pelote compressive appliquée sur la tumeur fut maintenue à l'aide d'un bandage approprié.

On conçoit fort bien qu'un pareil traitement n'ait pu s'opposer à l'accroissement de la tumeur; aussi continua-t-elle à augmenter de volume pendant les premiers mois, de même que dans le cours de la traversée de retour en France, alors que tout moyen de compression était suspendu.

Ces préliminaires posés, prenons notre malade à son entrée dans notre hôpital. Il est grand, vigoureux, offre un certain degré d'embonpoint; la santé générale est très-bonne, toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, n'était la marche qui est rendue légèrement claudicante par suite de l'état du membre abdominal droit.

L'examen comparatif des deux jambes nous montre en effet, au pre-

mier aspect, une différence sensible de volume ; le membre droit est œdématié, et la mensuration donne les chiffres suivants :

	Circonference de la cuisse.	Du mollet.	Au-dessus des malléoles.
Côté gauche	0m48	0m31	0m21
Côté droit..........	0m55	0m36	0m24

Immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, et sur le trajet de l'artère fémorale, on reconnaît la présence d'une tumeur saillante, molle, dépressible, animée de mouvements d'expansion isochrones aux pulsations artérielles, qui repoussent énergiquement la main. Cette tumeur a la forme d'un œuf dont la grosse extrémité serait dirigée en haut, la petite en bas ; elle mesure 0m11 de longueur et 0m09 de largeur ; elle est sensiblement réductible à une pression un peu énergique, et les parois n'ont qu'une faible épaisseur. Les battements qui l'animent cessent quand on comprime l'artère fémorale sur la branche horizontale du pubis ; ils augmentent, au contraire, quand on comprime l'artère à l'angle inférieur du triangle de Scarpa.

Par l'application de la main, on sent un frémissement manifeste, et l'auscultation à l'aide du stéthoscope révèle un bruit de souffle des plus accusés, synchrone aux pulsations cardiaques.

Nous avons donc bien affaire à un anévrysme de la fémorale, il n'y a pas à en douter ; l'existence de cette lésion artérielle gêne la circulation du membre, l'œdème nous l'indique, le thermomètre va nous le démontrer, car en l'appliquant avec soin sur les deux cuisses, il donne 0°,7 en moins pour le côté sain ; enfin le pédicule, très-sensible sur la surface dorsale du pied gauche, bat avec une faible intensité sur le pied droit.

Le diagnostic étant bien établi, et toutes les circonstances, tant générales que locales, bien précisées, quel traitement devions-nous adopter ?

Il n'y avait en résumé que deux partis à prendre : pratiquer immédiatement la ligature de l'iliaque externe, ou temporiser, en consacrant cette période d'expectation à l'emploi des divers modes de traitement qui ont été employés pour obtenir l'oblitération du sac anévrysmal, sans opération sanglante.

Nous nous décidâmes sans hésitation pour ce dernier parti ; tout en effet nous y poussait : la marche très-lente de l'anévrysme, son calme parfait, l'absence de douleurs, l'état normal des fonctions. Nous avons donc attendu, et nous pensons qu'en pareil cas le devoir du chirurgien est tout tracé. N'est-il pas bien téméraire de recourir de prime abord à une opération qui fait courir au malade des dangers de mort immédiats, alors qu'ils sont encore très-lointains et que d'autres moyens ont parfois permis de l'éviter ?

Le premier et le plus efficace des traitements capables d'amener ce résultat est la compression, soit seule, soit aidée d'autres moyens, tels que les réfrigérants, l'emploi de la digitale, des hyposthénisants, etc.

La compression a été employée avec succès il y a plus d'un siècle ; en effet, en 1767, Guattani obtint par son application la guérison

d'un anévrysme inguinal et put constater plus tard que le tronc fémoral était oblitéré jusque dans le bassin. Ce moyen a été employé depuis, avec des résultats divers, un grand nombre de fois. Les succès obtenus par la compression de la fémorale dans le traitement do l'anévrysme poplité devaient encourager les chirurgiens à tenter la cure de l'anévrysme inguinal par la compression de l'iliaque externe.

Le cas remarquable, et si souvent cité d'un anévrysme énorme de l'iliaque externe et de la fémorale, par Reynaud, chirurgien en chef de de la marine à Toulon, en 1836 (*Gazette médicale,* Paris, 1837, p. 365), semble plutôt se rapporter au succès de l'emploi des réfrigérants que de la compression elle-même, qui n'a été employée que comme moyen secondaire, alors que l'anévrysme avait déjà considérablement durci. Cette observation est trop intéressante pour que je n'en donne pas le résumé.

Le malade, nommé Gloria (Louis-Marie), âgé de 35 ans, quartier-maître, né à Brest, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé actuelle, mais ayant des antécédents syphilitiques, entra à l'hôpital de Toulon le 16 février 1836. Dans le courant de l'année 1833, cet homme éprouva des douleurs vagues dans la cuisse et la région inguinale droite ; elles s'exaspérèrent à différentes reprises, tantôt à la suite de marches forcées, tantôt après de violents efforts pour soulever des fardeaux. Vers le mois de septembre, l'attention du malade ayant été attirée par l'apparition d'une tumeur grosse comme une noix, il se présenta au médecin de son bâtiment, qui, après quinze jours d'observation, l'envoya à l'hôpital de Smyrne, où il resta trois mois. Les médecins de cet établissement ne surent pas reconnaître l'affection dont eet homme était porteur ; la tumeur ne cessa pas de s'accroître, et le malade fut expédié en France sur la *Galathée.* Le médecin-major du bâtiment reconnut alors la nature de cette tumeur, située un peu au-dessous du pli de l'aine et qui s'étendait plus sur la cuisse que du côté de l'abdomen. Grâce aux soins éclairés qui furent donnés au malade pendant les deux mois de traversée, on obtint une diminution notable dans le volume du membre et de la tumeur.

Le 16 février 1834, c'est-à-dire six mois environ après le début de la maladie, Gloria entre à l'hôpital de Toulon. L'état général est assez satisfaisant ; le membre inférieur droit est œdématié, d'un volume double du membre gauche, les mouvements sont impossibles.

La base de la tumeur anévrysmale, étendue depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la ligne blanche et au tiers supérieur de la cuisse, donne une circonférence de 22 pouces ; le sommet, large, un peu aplati et correspondant à un pouce et demi au-dessous de l'arcade crurale, s'élève à plus d'un pouce au-dessus de la surface du membre. Son milieu est marqué par un point fluctuant, circonscrit, où la peau bleuâtre paraît si mince qu'elle menace d'une rupture prochaine. L'artère crurale, la poplitée, la pédieuse ne sont pas senties. Le ligament de Fallope soulevé forme une rainure peu profonde qui partage la tumeur en deux parties, dont l'inférieure est la plus volumineuse. On peut, du reste, constater tous les autres symptômes d'un anévrysme.

Rejetant pour le moment toute intervention active, on résolut d'avoir recours au froid, et quatre jours après l'emploi de la glace, on put constater une diminution de 5 pouces dans la circonférence du membre.

Encouragé par ce premier résultat, on continua les applications de glace jusqu'au 7 octobre, c'est-à-dire pendant 8 mois. Le malade et les chirurgiens furent, du reste, récompensés de leur persistance, et le mieux ne se démentit pas un seul instant. Après ce long traitement, le volume du membre avait diminué de moitié, la tumeur était circonscrite, dure, sans pulsations, et les mouvements étaient devenus assez faciles.

Du 7 octobre au 8 novembre, la tumeur étant restée stationnaire, on exerça la compression à l'aide d'un bandage roulé, terminé par un spica ascendant; mais on fut obligé de suspendre plusieurs fois ce mode de traitement, et au bout d'un mois on dut même y renoncer complétement. Du reste, à cette époque (janvier 1835), le membre avait presque ses dimensions normales; les mouvements étaient revenus, mais on ne pouvait pas reconnaître de circulation appréciable dans le membre, et on sentait, au niveau de l'arcade crurale, une fluctuation profonde et obscure.

La compression circulaire n'ayant pu être supportée, on revint a la glace, qui fut encore appliquée sans interruption jusqu'au 30 octobre 1835, pendant 10 mois. La tumeur n'avait plus alors que 18 pouces de circonférence.

C'est à cette époque qu'on remplaça les applications simples de glace par la compression directe au moyen d'une boîte de fer-blanc légèrement concave sur la face inférieure, et qui, contenant de la glace, exerçait par son propre poids une pression douce et pourtant puissante.

Après 3 mois de ce nouveau traitement (9 février 1836), la tumeur était dure, affaissée, la cuisse revenue à son état normal, la progression facile. Depuis un mois, on sentait la crurale à son tiers inférieur, la tibiale et la pédieuse. L'anévrysme était guéri, et en février 1836, deux ans après son entrée, le malade sortait de l'hôpital.

Ainsi, voilà un exemple frappant d'un anévrysme de l'artère iliaque externe, ayant des dimensions énormes, paraissant au moment de se rompre, guéri par les réfrigérants aidés de la compression, appliqués avec une constance admirable pendant deux ans. N'y avait-il pas là de quoi nous encourager à tenter la guérison par des moyens analogues, alors que nous avions affaire à un cas beaucoup plus simple?

Nous n'ignorons pas que les travaux des physiologistes contemporains tendent à prouver que le froid n'exerce aucune influence sur la coagulation du sang; mais nous savons aussi qu'on a pu constater souvent, dans la pratique, l'heureuse influence des réfrigérants et particulièrement de la glace sur la marche des anévrysmes. Nous y voyons donc un auxiliaire dont il faut tenir compte.

La compression, employée dans le traitement de l'anévrysme, a été faite de bien des manières : on l'a appliquée au-dessus de la tumeur,

sur la tumeur elle même, entre la tumeur et la périphérie, dans ces divers points à la fois, etc.

Tout récemment, on a employé avec succès, paraît-il, la compression de l'aorte abdominale pour un anévrysme de l'artère iliaque externe droite. Le grand tourniquet de Lister, appliqué immédiatement au-dessus de l'ombilic pendant près de 5 heures, aurait suffi pour faire disparaître tout battement dans la tumeur et la rendre dure et solide. (*The Lancet*, 20 décembre 1873, et *Bordeaux médical*, 15 février 1874.)

Nous avions résolu d'employer la compression entre le cœur et la tumeur; il nous restait donc à choisir notre appareil. Celui de Broca nous sembla le plus apte à remplir l'indication désirée, et on procéda à sa première application le 12 juillet 1872.

Cette première application offre un grand intérêt; elle donne une idée de la puissance d'action de la méthode. Voici, en effet, ce qui se passa : immédiatement après l'application du compresseur sur l'artère iliaque externe, à 0m, 05 au-dessus de l'arcade crurale, tout mouvement d'expansion s'arrêta, la tumeur diminua de volume, et la circulation fut interrompue dans tout le membre ; mais, fait remarquable, la circulation générale se trouva influencée à un tel point, que le nombre des pulsations diminua de 16 et tomba à 52; puis il survint une syncope qui força de suspendre l'emploi de l'appareil. La durée de l'application n'avait été que de 15 minutes.

Un peu étonné de ces résultats, on attendit deux jours avant de faire une nouvelle tentative; l'application fut mieux supportée cette fois, et les jours suivants on put, sans inconvénient, porter la durée des séances à 2 heures.

Le 18, c'est-à-dire 6 jours après le début du traitement, nous constations déjà des changements notables, bien faits pour nous encourager. La tumeur, moins volumineuse, avait pris plus de consistance, l'expansion était moins sensible et le bruit du souffle s'était atténué. Nous prîmes un tracé du pouls pendant que le malade subissait la compression: il était caractérisé par une descente très-douce et accusait un dicrotisme assez marqué.

Pendant plus de 2 mois, nous persévérons dans l'emploi du même moyen, pouvant chaque jour nous croire à la veille de réussir, car, lorsque nous observons la tumeur à la fin d'une séance de compression, elle reste parfois plusieurs secondes avant de reprendre ses mouvements déjà très-affaiblis. Malheureusement la pelote n'est pas entièrement inoffensive; elle détermine des ulcérations au point où elle est appliquée; le membre est le siége d'un engorgement œdémateux considérable, et nous nous voyons obligés, pour remédier à ces accidents, de diminuer la durée des séances, de les interrompre même, et nous perdons le terrain si péniblement acquis.

Pour rendre un peu de liberté à notre malade et éviter l'engorgement du membre abdominal, nous faisons usage, durant quelques jours, du compresseur de M. M. Duval; il remplit assez bien les indications, mais n'étant pas construit spécialement pour ce but, il

est difficile de le maintenir fixé. C'est alors que nous pensons à recourir à la pression par les poids.

On compte un certain nombre de guérisons par l'application du sac de plomb; mais ici, la disposition des parties nous rendait son emploi impraticable. Il s'agissait donc de tourner la difficulté; nous y arrivâmes de la façon suivante :

Nous prîmes un cachet chirurgical à pelote bien rembourrée, nous fîmes visser sur le manche une tige en fer, et sur cette tige nous plaçâmes des disques en plomb percés à leur centre. Ainsi armé et maintenu verticalement au moyen d'un cerceau, le cachet arrêtait complétement les pulsations de l'anévrysme. A l'aide de cet appareil bien simple, nous pouvions, en déplaçant légèrement le cerceau, varier l'inclinaison; en augmentant ou diminuant le nombre des disques, varier l'intensité de la pression. Chaque disque pesait 500 grammes, et on ne fut jamais obligé d'en superposer plus de 8.

Notre appareil fut très-apprécié du malade, qui trouvait la pression beaucoup moins pénible, et partant, pouvait la supporter plus longtemps; on joignit à son action celle d'une vessie remplie de glace, placée directement sur la tumeur, et dépassant un peu ses limites.

Sous l'influence des deux agents, nous constatons un degré de dureté très-accentué les premiers jours, après quoi l'anévrysme reste stationnaire. C'est que le malade ne pouvait dormir pendant la compression, et que, par suite, on perdait la nuit ce qu'on gagnait le jour.

On persista néanmoins dans l'emploi de ce moyen jusqu'au 8 janvier 1873; ce fut alors que M. le professeur Cras, qui dirigeait le service, institua la compression digitale, mode de compression par excellence qui exige des aides nombreux, intelligents et dévoués, chose d'ailleurs facile à trouver dans une école de médecine navale.

Au bout de 24 heures, ce moyen a déjà donné des effets appréciables, car il est évident que l'anévrysme est plus dur qu'il n'a jamais été, et que son volume subit une diminution appréciable. Mais nous venons nous heurter encore une fois aux obstacles que la peau présente trop souvent dans l'emploi prolongé de la compression; elle s'altère, il se forme des excoriations, on est forcé de s'arrêter. On revient alors à notre appareil, en le modifiant par l'adjonction d'une pédale à pression élastique pesant sur l'extrémité de la tige de fer. Quelques mois s'écoulent ainsi au milieu des mêmes vicissitudes d'amélioration et de rechutes jusqu'au mois de mars 1874. A ce moment, le malade est dans de très-bonnes conditions de santé générale; on croit pouvoir sans inconvénient faire encore un essai de la compression digitale. Cette seconde épreuve est poussée pendant un mois : les résultats, quoique sensibles, sont inférieurs à ceux obtenus la première fois. On peut, dès lors, prévoir que la compression sera impuissante pour amener la guérison. Faut-il donc l'abandonner complétement? Voilà la question qui se présente; nous la tranchons en décidant qu'un effort sera fait dans ce sens, et que, s'il ne réussit pas, nous en viendrons à la ligature.

Pour cette dernière campagne, nous comprimons l'artère au-dessus

et au-dessous de l'anévrysme, nous y joignons l'emploi de la glace sur la tumeur et l'administration de la teinture de digitale à l'intérieur a la dose de 3 et 4 grammes. Ces suprêmes efforts restent inutiles; l'indication de la ligature se trouve donc nettement posée.

Telle est l'histoire de cette compression continuée pendant deux ans, avec des alternatives d'espoir et de déception. Nous ne pouvons nous empêcher de comparer ici cette observation avec celle déjà citée plus haut; mais si on peut trouver quelques analogies entre elles dans la longueur du traitement, dans la persistance avec laquelle les chirurgiens n'ont cessé de lutter contre le mal, malheureusement les rapports ne vont pas plus loin, et tandis que le malade de M. Reynaud guérit radicalement, nous n'avons pu arriver chez le nôtre qu'à un léger épaississement des parois du sac anévrysmal. Nous avions pourtant le droit d'espérer mieux, car nous avons appelé à notre aide toutes les ressources de l'art, et jamais l'intelligence du malade n'a cessé de nous seconder. La compression et les moyens adjuvants avaient dit leur dernier mot, le malade demandait avec instance une opération dont il connaissait la gravité, mais qu'il considérait comme son seul moyen de guérison; enfin, les règlements administratifs ne nous permettant pas de garder indéfiniment un employé de la marine à l'hôpital, tout, en un mot, nous engageait à recourir au moyen suprême, la ligature de l'artère iliaque externe. Nous étions bien loin cependant de considérer comme du temps perdu ces deux années consacrées à la compression; grâce à elle, nous nous trouvions à l'abri d'un des plus graves dangers de la ligature, c'est-à-dire de la gangrène du membre. On pouvait, en effet, s'assurer que la circulation par les voies collatérales était établie, car la plus forte compression au-dessus de l'anévrysme n'empêchait pas de percevoir les pulsations de l'artère pédieuse.

L'extrait précédent renferme les détails des divers modes de compression tentés par M. Gallerand jusqu'au jour où il crut devoir faire la ligature de l'iliaque externe. On a pu remarquer que la compression intermittente seule avait été essayée pendant des séances de durée variable, et que la compression digitale ne put être supportée que vingt-quatre heures.

Après quelques considérations historiques sur la ligature de l'iliaque externe et l'exposé des résultats statistiques empruntés au travail de Norris, M. Gallerand passe en revue les divers procédés de ligature préconisés jusqu'à ce jour, et donne la préférence à celui de M. Marcellin Duval. Les motifs de cette préférence résident tous dans la direction de l'incision qui permet d'éviter facilement les artères circonflexe iliaque et épigastrique, la veine iliaque externe, ainsi que le péritoine et le cordon spermatique. Je donne de nouveau la parole à l'auteur pour la description de l'opération :

Dans un premier temps, nous fîmes une incision commençant à un

travers de doigt au-dessus et à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, se dirigeant en bas et en dedans dans la direction d'une ligne qui, prolongée en haut, passerait à 4 centimètres de l'ombilic; arrivée à un travers de doigt de l'arcade, cette incision s'arrondit, descend jusqu'au bord supérieur de cette arcade, suit ce bord et se termine à un grand travers de doigt au delà du côté interne de l'artère iliaque externe.

Un peu plus loin, l'auteur ajoute :

Sans retirer de la plaie l'index de la main gauche, je décollai doucement le péritoine, me dirigeant en dedans et en haut pour reconnaître l'artère.

Je rencontrai d'abord quelques ganglions qui me parurent hypertrophiés et je constatai le prolongement supérieur de l'anévrysme pénétrant sous l'arcade. Nous pûmes en même temps constater que la veine circonflexe iliaque, pour aller se jeter dans la veine iliaque externe, passait en avant de l'artère, la croisant à angle droit, et non pas en arrière, comme on l'a dit quelquefois.

Nous avons déjà signalé, comme très-fréquente, d'après M. Marcellin Duval, cette situation superficielle d'une veine dont la lésion serait presque aussi grave que celle du gros tronc où elle va se jeter immédiatement. Au-dessus du sac, le tube artériel me parut dur et volumineux dans l'espace de 2 centimètres; je remontai de la sorte à 5 centimètres de l'arcade, où il me parut que l'artère était parfaitement saine; mais pour porter une ligature à cette hauteur, je dus prolonger de quelques centimètres l'angle supérieur de l'incision; je le fis sur le trajet d'une ligne dont le prolongement aurait passé à 4 centimètres de l'ombilic, mettant ainsi à profit un des principaux avantages du procédé Duval.

L'opération terminée, M. Gallerand introduisit un tube à drainage dans la plaie, et y pratiqua les jours suivants des injections détersives. Le malade était maintenu dans une inclinaison latérale de 45°, position que M. Gallerand, dans des expériences cadavériques, avait reconnue la plus propre à faciliter l'écoulement des liquides venant de la plaie.

Les suites de l'opération furent simples, jusqu'au jour où apparurent les premiers symptômes d'infection purulente :

Les premières heures qui ont suivi l'opération se sont passées d'une manière assez satisfaisante; la température de l'aisselle est à 37°, le pouls à 88. On a soin d'entourer le membre inférieur droit d'une couverture de laine et de boules d'eau chaude. Le thermomètre, appliqué sur les deux cuisses et sur les deux jambes, donne 6 dixièmes de différence au profit du côté sain; cette légère différence nous est une garantie que la circulation collatérale fonctionne ainsi que nous nous y étions attendus et que tout danger de gangrène est éloigné; plusieurs personnes croient sentir les battements, faibles encore, de la pédieuse

et de la tibiale postérieure. Ces heureux symptômes sont, à n'en pas douter, les fruits de la longue compression que nous avons décrite.

Dans l'après-midi du même jour et la nuit suivante, le malade est tourmenté de vomissements, qui paraissent dus à la grande quantité de chloroforme qui a été absorbée.

On prescrit la glace, l'eau de Sedlitz et une potion opiacée; les vomissements se calment, il y a quelques heures d'un sommeil réparateur.

Le 26 juillet, vingt-quatre heures après l'opération, l'état est très-satisfaisant, l'opéré est dans une sérénité parfaite d'esprit; il existe encore quelques nausées, pour lesquelles on continue l'usage de la glace. Nous nous décidons à visiter la plaie : elle offre le meilleur aspect ; au milieu de l'incision, il s'est établi une sorte de pont résultant de la réunion immédiate des lèvres de la plaie qui se trouvaient en contact au-dessus du drain et des mèches de charpie.

Une quantité assez considérable de sérosité sanguinolente s'est écoulée par l'angle externe de l'incision ; on absterge légèrement, on recouvre de charpie et l'on rétablit le bandage.

Nous sommes en général grand partisan des pansements rares, et particulièrement dans les amputations, pour lesquelles nous restons souvent huit ou dix jours sans enlever le premier appareil. Mais pour le cas actuel, nous pensons qu'il faut chaque jour visiter la plaie pour combattre par tous les moyens possibles la stagnation du pus dans les parties profondes.

Les jours suivants, l'état général et local continue à être satisfaisant. L'opéré s'alimente convenablement, le ventre est libre et indolore; peu de sommeil, mais les nuits sont calmes. La suppuration est de bonne nature et de quantité raisonnable, la tumeur anévrysmale s'est beaucoup affaissée et a beaucoup durci, aucun frémissement, aucun bruit ne s'y perçoivent. Les pulsations de la pédieuse et de la tibiale postérieure sont appréciables pour tout le monde.

Cet état rassurant se maintint jusqu'au neuvième jour ; tout semblait donc nous présager un succès, d'autant plus que nous avions pris un soin minutieux de dérober notre opéré aux influences perfides de l'atmosphère nosocomiale. Nous l'avions isolé autant qu'il est possible de le faire ; d'ailleurs l'hôpital maritime de Brest était, à ce moment, dans des conditions très-rassurantes.

Cependant une grande déception nous attendait. Le dimanche au soir, 2 août, un violent accès de fièvre éclata sans que l'on eût observé de frisson préliminaire. La température monta à 40° et le pouls à 120; il y eut quelques vomissements. Dans la nuit suivante, les symptômes s'aggravèrent encore : des douleurs dans les grandes articulations se manifestèrent avec une telle violence qu'elles arrachaient au malade des cris lamentables. Le pouls monta à 130 et la température dépassa 41°. Dans la journée du 3 août, on pouvait constater du pus dans les articulations du poignet gauche et du genou droit. Les vomissements deviennent incessants; sauf quelques hallucinations, l'intelligence reste nette.

En présence de ce triste cortége des accidents de l'infection puru-

lente et de la phlébite, il ne nous est plus permis de nous faire illusion : c'était une partie perdue. Nous combattîmes cependant, en instituant une vigoureuse médication par la quinine et l'alcool. Partout où une collection purulente se montrait on la vidait immédiatement ; à plusieurs reprises une grande quantité de pus fut retirée du genou au moyen de l'appareil aspirateur de Dieulafoy ; tout fut inutile. Nous ne raconterons pas jour par jour le drame désolant que connaissent trop bien les chirurgiens des grands hôpitaux. Que de succès mérités sont ainsi arrachés de nos mains au moment où nous croyons les tenir!

Notre opéré succomba le 16e jour. L'autopsie démontra que l'opération avait été faite avec netteté et précision, telle que nous l'avons décrite. L'artère, dont la disposition anatomique est normale, est liée à 5 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et à 6 centimètres au-dessous de son origine; un caillot fibrineux résistant la remplit du point lié à la bifurcation de l'iliaque primitive ; un caillot moins consistant se trouve entre le fil et le sac anévrysmal.

Les artères épigastrique et circonflexe iliaque naissent à 8 millimètres au-dessus de l'arcade, dans le point où le sommet effilé du sac pénètre dans le bassin. L'artère fémorale profonde naît du sac lui-même, au point où elle émerge on remarque une sorte d'arrière-cavité. La tumeur présente le volume d'un gros œuf de cane, sa partie postérieure, en rapport avec les adducteurs, est très-amincie, on peut même dire que les éléments du kyste y manquent presque complétement. Le contenu du sac présente des couches fibrineuses très-solides et évidemment anciennes, et environ 120 grammes d'un liquide sanieux, mélangé de sang et de pus, d'un aspect lie de vin.

On constate qu'une fusée purulente a détruit la faible barrière du fascia propria et que, décollant le péritoine sur une grande hauteur, elle est remontée le long du muscle psoas, jusque dans la région lombaire.

Il existe des épanchements purulents dans les articulations du poignet gauche et du genou droit. Le tissu du foie est normal et ne contient pas d'abcès.

Nous terminons ici cette longue observation, que nous croyons devoir faire connaître, malgré l'insuccès qui la termine. Les revers comme les succès contiennent des renseignements dont la science doit bénéficier.

La Société de chirurgie doit des remercîments à M. Gallerand pour la communication d'un fait intéressant et complet dans ses détails, et elle regrettera comme lui qu'une opération aussi heureuse dans ses résultats immédiats ait amené la mort par suite d'une complication qui, trop souvent, fait échouer les efforts des chirurgiens.

A l'occasion de l'observation de M. Gallerand, M. Verneuil rappelle qu'il a pu guérir un énorme anévrysme de l'artère axillaire

par la compression de la sous-clavière, continuée d'une manière intermittente pendant plus d'un an. L'observation se trouve consignée dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1872.

Communication.

M. Duplay communique le fait suivant :

Abcès épiphysaire du tibia, guéri par la trépanation de l'os.

Le nommé X..., âgé de vingt-sept ans, est entré pour la première fois dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 janvier 1873, pour une affection déjà très-ancienne du tibia gauche.

A l'âge de dix-sept ans (il y a par conséquent dix ans de cela), le malade s'est aperçu que l'extrémité inférieure de la jambe gauche était augmentée de volume et douloureuse. Il est absolument impossible de trouver la moindre cause locale ou générale pour expliquer le développement de cet accident aigu. Quoi qu'il en soit, un abcès se forma bientôt, fut ouvert par un médecin et finit par guérir après être resté fistuleux pendant environ deux mois, et en laissant une cicatrice adhérente à l'os.

Depuis cette époque, les mêmes phénomènes se sont reproduits un très-grand nombre de fois et sans aucune régularité. Il s'est formé environ une vingtaine d'abcès, toujours au voisinage de l'extrémité inférieure du tibia ; abcès qui, après s'être ouverts spontanément ou après avoir été incisés par le chirurgien, sont restés quelque temps fistuleux et ont fini par guérir, en laissant à leur suite une petite cicatrice adhérente.

Il importe de noter qu'à aucune époque, on n'a pu sentir l'os à nu avec un stylet et qu'il n'est jamais sorti le plus mince sequestre, la plus petite esquille par les ouvertures de ces nombreux abcès.

C'est un de ces accidents qui amène le malade dans mon service. Depuis quelques jours, un abcès s'est ouvert à quatre centimètres environ au-dessus de la malléole interne et sur la face interne du tibia, et l'ouverture est restée fistuleuse. Un stylet introduit dans cette ouverture arrive sur la face interne de l'os, mais en reste séparé par une épaisseur notable de parties molles. Cette exploration démontre que l'os n'est pas à nu.

La peau est un peu rouge, les parties molles légèrement gonflées au pourtour de l'ouverture de l'abcès ; mais la pression, même assez forte, est peu douloureuse.

L'extrémité inférieure du tibia est augmentée de volume. Ce gonflement assez uniforme remonte jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. La palpation donne partout la sensation de résistance propre à l'os ; c'est bien le tibia qui fait les frais de la tuméfaction sans interposition de fongosités.

L'articulation tibio-tarsienne est tout à fait saine ; ses mouvements extrêmes sont un peu gênés par suite du gonflement du tibia. Les

douleurs spontanées présentent un caractère tout à fait spécial ; lorsque le malade est bien reposé, dans la position horizontale, ces douleurs sont pour ainsi dire nulles ; mais dès qu'il pose le pied à terre et dès qu'il reste quelque temps dans la position verticale les douleurs apparaissent, d'abord sourdes, profondes, puis de plus en plus vives à mesure que la fatigue survient.

Ce caractère des douleurs est, du reste, accusé de la part du malade depuis le début même de sa maladie. A la fin de sa journée de travail, alors même qu'il n'a pas d'abcès en voie de développement ou déjà ouvert, la douleur existe à la partie inférieure de la jambe, et bien limitée au tibia.

Il ne peut nous fournir aucun renseignement précis sur la nature même de cette douleur, qui semble n'avoir jamais acquis une intensité considérable, mais qui, cependant, l'a souvent obligé à se reposer et à garder la position horizontale. Il suffit, en effet, d'une nuit passée dans son lit pour calmer la douleur. Jamais celle-ci n'a présenté d'exacerbation nocturne.

En présence de ces symptômes, considérant l'absence de toute cause locale ou générale, l'absence des signes ordinaires de la périostite et de l'ostéite suppurée, je portai le diagnostic d'*abcès intra-osseux*, et je prévins le malade qu'une opération serait peut-être nécessaire un jour et qu'en pratiquant cette opération à temps, on pourrait éviter une amputation et lui conserver la jambe. Le malade ne souffrait plus ; son abcès était fermé ; il quitta l'hôpital le 17 janvier 1873, me promettant de revenir si un nouvel accident survenait.

Le 14 décembre 1874, le malade rentrait dans mon service avec un petit abcès non ouvert sur la face interne du tibia. Depuis sa sortie, il a continué à souffrir, la douleur conservant toujours les mêmes caractères décrits plus haut. Cette douleur a cependant notablement augmenté depuis quinze jours et ne lui permet plus de se tenir debout.

Localement, nous constatons sur la face interne du tibia la présence d'un petit abcès gros comme une grosse noisette; l'extrémité inférieure du tibia n'a pas sensiblement augmenté de volume depuis la sortie du malade. La douleur à la pression est médiocre. La consistance est partout osseuse, excepté dans le point où existe ce petit abcès.

La persistance des mêmes accidents me confirme dans le diagnostic que j'avais porté plus d'un an auparavant, et je me propose de trépaner le tibia.

L'opération est faite le 15 décembre, après anesthésie chloroformique. Incision cruciale sur la face interne du tibia, de manière à comprendre dans l'incision horizontale le petit foyer purulent. Celui-ci largement ouvert, il est facile de s'assurer qu'il est situé à la face externe du périoste. Je ferai remarquer également que cette dernière membrane était considérablement épaissie et remarquablement adhérente à l'os sous-jacent, si bien que je dus déployer une grande force pour la décoller avec la rugine. L'os étant mis à nu, j'appliquai une première couronne de trépan sur la face interne du tibia, à environ sept centimètres au-dessus du sommet de la malléole : il ne sortit rien par l'ouverture, mais

une sonde cannelée que j'y introduisis, en la dirigeant vers l'extrémité inférieure, sembla ramener un peu de pus. J'appliquai aussitôt, à deux centimètres plus bas, une seconde couronne de trépan, et au moment où la rondelle osseuse se détachait, je vis s'écouler une quantité notable, évaluée à une petite cuillerée, de pus jaunâtre, bien lié, sans odeur.

La cavité de cet abcès était revêtue d'une membrane rosée, qui parut plus tard assez sensible. La cavité, explorée dans tous les sens et avec le plus grand soin, n'offrait aucun sequestre, aucun point osseux dénudé ou altéré.

Les suites de l'opération furent des plus simples. A travers l'ouverture large comme une pièce de vingt centimes, j'introduisis un tube à drainage, et on appliqua des cataplasmes. Le tube fut enlevé dès le second jour; on faisait matin et soir des injections dans le foyer. Les douleurs cessèrent complétement; il n'y eut aucune réaction locale ou générale. La suppuration, après avoir été assez longtemps abondante, s'est peu à peu tarie, et la plaie est cicatrisée depuis quelques jours (25 janvier). Le malade, que quelques-uns d'entre vous ont pu voir dans la dernière séance, marche sans éprouver de douleurs. Le tibia me paraît avoir un peu diminué de volume, l'articulation tibio-tarsienne jouit de l'intégrité de ses mouvements.

Ce fait doit être ajouté aux cas si bien décrits d'abord par Brodie et rassemblés plus tard dans la thèse de notre collègue M. Ed. Cruveilhier sous le nom *d'abcès douloureux épiphysaires*. Il s'agit évidemment là d'une forme d'abcès tout à fait différente des abcès de l'ostéo-myélite. Cet abcès siégeait à 5 centimètres environ du sommet de la malléole, tout au plus à 2 centimètres au-dessus de la surface articulaire tibiale; il était exactement limité, revêtu à sa surface interne par une membrane organisée, sans traces de lésion osseuse, sauf l'ostéite condensante et l'épaississement notable du périoste, qui était, en outre, adhérent à l'os, contrairement à ce que l'on observe sur les os atteints d'ostéo-périostite suppurée.

Le diagnostic a été fondé sur la longue durée de la maladie, sur les signes manifestes d'une lésion osseuse, s'accompagnant de suppuration, sans que jamais il y ait eu élimination de sequestres ou qu'il soit resté un point osseux dénudé; enfin sur le caractère des douleurs augmentant par la station verticale.

Je ne veux plus insister sur l'heureux résultat qui a suivi la trépanation de l'os que pour le mettre en opposition avec les accidents redoutables qui auraient suivi l'ouverture du foyer purulent dans l'articulation tibio-tarsienne. Quoique rarement mentionnée, cette terminaison des abcès épiphysaires est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, en raison de la difficulté du diagnostic de ces abcès, qui sont pour le moins longtemps méconnus.

J'ai eu l'occasion de voir autrefois un très-bel exemple d'abcès

épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia, ayant déterminé des lésions telles que je dus amputer la jambe, sans même présumer la véritable nature du mal. Celle-ci a été seulement reconnue en examinant la pièce, qui a été présentée à la Société anatomique par M. Berger, alors mon interne et aujourd'hui prosecteur de la Faculté.

J'en suis donc arrivé à me demander si ces abcès douloureux épiphysaires ne sont pas plus fréquents qu'on ne le pense et ne deviennent pas le point de départ d'affections articulaires ou péri-articulaires graves dont la vraie origine nous échappe, et dont on aurait prévenu le développement par la trépanation. En un mot, et c'est par là que je terminerai ma communication, on devrait peut-être se montrer plus hardi qu'on ne l'est généralement pour trépaner un os malade, car il s'agit d'une opération facile, exempte de danger et qui, pratiquée à temps, peut sauver un membre et peut-être même la vie du malade.

M. Dubreuil a eu l'occasion, il y a trois ans, d'observer un cas semblable, qu'il a traité également avec succès par la trépanation. Après l'ouverture du foyer, il a constaté que le pus était soulevé par les pulsations des artères contenues dans la membrane pyogénique. Rien de semblable n'a été observé chez le malade de M. Duplay.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 10 février 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine.

MM. les Drs Périer et Gillette écrivent à M. le président pour être compris au nombre des candidats à la place vacante de membre titulaire.

M. Verneuil présente, au nom de M. Louis Thomas de Tours, membre correspondant, un ouvrage intitulé : *Traité des opérations d'urgence.*

M. Giraud-Teulon offre, de la part du Dr de Capdeville, de Marseille, une brochure : *Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille.*

M. Larrey offre la collection des Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, pour 1874.

M. Larrey, à propos de la brochure de M. Capdeville, rappelle les expériences faites en 1833 et 1834, aux Invalides, avec la collaboration de Savard, sur les perceptions auditives transmises par les cicatrices consécutives à des pertes de substance du crâne, chez des individus complétement sourds. Il cite le fait du général Galand, qui, trépané sous le premier empire et privé du sens de l'ouïe, entendait à mi-voix lorsque les vibrations étaient transmises à la cicatrice dépressible consécutive à la perte de substance déterminée par la couronne de trépan, et celui d'une personne de sa connaissance qui, sourde également, comprenait très-bien ce qu'on lui disait lorsqu'une baguette de bois, dont une extrémité était tenue entre les dents, était appuyée par l'autre extrémité sur le larynx de l'interlocuteur.

M. Le Fort se souvient d'un fait analogue observé dans le service de Nélaton, il y a une douzaine d'années. La même expérience, toutefois, n'a pas réussi sur une malade de son service.

M. Paulet fait remarquer que, depuis les expériences rappelées par M. Larrey, les faits de cette nature sont consignés dans nos traités et que les sensations auditives perçues de cette façon par l'intermédiaire des dents, de l'apophyse mastoïde, du front sont un indice de l'état d'intégrité du nerf acoustique.

M. Giraud-Teulon répond que M. Capdeville a simplement voulu établir par des recherches comparatives l'intensité relative des perceptions transmises par la paroi osseuse et par l'air.

Communications.

1. M. Périer lit une observation intitulée : *Opération de trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant, à un mois d'intervalle ; guérison.* (Commissaires : MM. Polaillon, Ledentu et de Saint-Germain, rapporteur.)

2. M. GILLETTE donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'ostéosarcome articulaire et périarticulaire, au point de vue clinique et des difficultés de son diagnostic.* (Commissaires : MM. Panas, Terrier et Tillaux, rapporteur.)

3. M. GUÉRIN communique l'observation suivante :

Plaie de tête.

Un homme âgé de 23 ans s'était tiré, le 8 janvier dernier, un coup de revolver dans l'oreille droite.

Le blessé était tombé sur le coup ; il avait perdu peu de sang. Amené à l'Hôtel-Dieu, il prononçait quelques paroles et répondait lentement, mais assez nettement, aux questions qu'on lui posait.

La balle a pénétré par le conduit auditif, à la partie supérieure duquel on constate une petite plaie. Le stylet, introduit dans le conduit auditif, ne rencontre pas la balle ; mais on trouve la surface osseuse dénudée et éclatée. Les renseignements fournis par l'exploration avec le petit doigt introduit dans le conduit auditif sont les mêmes.

Le blessé présente une *hémiplégie faciale* du côté droit ; sensibilité et mouvements intacts partout ailleurs. Application de glace sur la tête.

9 janvier. —Même état. Température du matin, 37°,6 et 70 pulsations. Température du soir, 37°,5 et 60 pulsations. (Continuation de la glace. Emétique en lavage, 10 centigrammes.)

10 janvier. — La région mastoïdienne est douloureuse et un peu œdématiée. Température du matin, 37°,4 et 68 pulsations. Température du soir, 39°,4 et 108 pulsations.

11 janvier. — Le blessé a eu du délire pendant la nuit. La température du matin monte à 28°,2. Celle du soir n'est que de 37°,8 avec 90 pulsations. Ecoulement par l'oreille de quelques gouttes d'un liquide peu coloré.

12 janvier. —La nuit a été plus calme ; il y a eu seulement un peu de subdelirium. Le matin 90 pulsations, température de 39°,8. Le soir, pouls très-irrégulier ; environ 80 pulsations. La température est à 39°,6. L'écoulement par l'oreille est beaucoup plus abondant.

13 janvier. — Délire bruyant pendant la nuit et toute la journée. Le matin, la température est à 39°,4 avec 95 pulsations ; le soir, le malade est dans le coma, 40°,6 et 110 pulsations.

Mort à 6 heures du soir.

Autopsie.—Légère injection de la pie-mère dans toute son étendue. A la face inférieure du lobe sphénoïdal, dans la partie qui correspond à la face antérieure du rocher, la pulpe cérébrale est réduite en bouillie rougeâtre, jusqu'à une profondeur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, et dans l'étendue d'une pièce de 2 francs environ. Un peu plus en dedans, un foyer d'hémorrhagie de la grosseur d'une noisette. Autour de ces lésions, traces évidentes de méningite. Sur la dure-mère de la

face antérieure du rocher, trois ou quatre petits caillots adhérents, disséminés, entourés d'une fausse membrane très-tenue. Aucune trace de déchirure de la dure-mère. En décollant cette membrane sur le rocher, on voit que la partie antérieure de l'os a éclaté en plusieurs petits fragments, qui ont été maintenus par la dure-mère restée intacte. Le siége de cet éclatement correspond exactement à celui de la contusion cérébrale.

Exostose du sinus maxillaire.

4° M. Desprès présente les pièces provenant d'une malade à laquelle il a enlevé une exotose de ce genre.

R... (Elisa), 28 ans, domestique, entrée à l'hôpital Cochin le 28 novembre 1874.

Il y a 13 mois, son œil droit commença à devenir saillant, mais les accidents remontent à plus de 5 ans ; d'abord, il y eut larmoiement, puis névralgies faciales, hémorrhagies nasales fréquentes et répétées par la narine droite ; les douleurs occupaient la fosse canine, l'œil, la tempe et l'oreille. Dents restées saines, déglutition facile, la respiration était seule gênée. Bonne santé d'ailleurs, point d'antécédents syphilitiques, simple vaginite antérieure, contractée il y a six ans.

L'apparition de l'exorbitis ne mit pas fin aux douleurs.

Les symptômes fournis par les antécédents de la malade, joints à l'examen direct, me conduisirent au diagnostic d'une exostose née dans le sinus maxillaire. Les signes de compression du canal nasal, de la paroi externe de la fosse nasale droite et les névralgies faciales et auriculaires étaient une révélation. L'œil droit sortait de l'orbite et était poussé en avant et en dehors, et malgré cela il n'y avait point de strabisme ; d'où je conclus que la tumeur orbitaire n'était point prolongée en arrière de l'œil, puisqu'elle ne gênait les mouvements d'aucun de ses muscles moteurs. La fosse canine était remplie et paraissait de niveau avec l'os malaire. La sensibilité de la peau de cette région avait disparu. Enfin, en introduisant le petit doigt dans la narine droite, on arrivait sur une tumeur osseuse dénudée de toute enveloppe molle; le doigt indicateur introduit en arrière du voile du palais, dans l'arrière cavité des fosses nasales, ne sentait aucune tumeur. Les dents et la voûte palatine étaient intactes.

Le seul point délicat du diagnostic était de préciser la nature et l'étendue de la portion de la tumeur qui occupait l'orbite. Le bord inférieur de cette cavité était effacé et se perdait dans une tumeur dure, à petits lobes, qui remontait sur la paroi interne de l'orbite jusqu'au niveau de la racine du nez, jusqu'à l'union des os propres du nez avec le frontal. Le tendon de l'orbiculaire des paupières passait au-devant de la tumeur. Cette disposition de la tumeur, qui semblait suivre le pourtour de l'orbite en dedans, indiquait que le mal ne dépassait pas, en haut et en arrière, les limites de l'orbite.

Opération, 15 janvier 1875. — Chloroformisation et tamponnement de la fosse nasale droite.

Une incision droite, partant du point précis où le tendon de l'orbiculaire s'insère sur l'unguis, fut conduite jusqu'à l'aile du nez, en suivant la base du nez ; de la partie terminale de cette incision, une autre incision fut faite en suivant le pli naso-labial jusqu'à la commissure, à un centimètre environ au-dessus. Les parties molles de la fosse canine, incisées d'un seul coup jusqu'à l'os, furent écartées en dehors, et une rugine rasant les os détachait le périoste avec les parties molles. La compression exercée par les crochets sur le lambeau empêchait toute hémorrhagie par les branches de la faciale et de la sous-orbitaire. En dedans, la narine relevée permit de voir l'ouverture osseuse des fosses nasales. A l'aide d'une pince de Liston, la branche montante du maxillaire est sectionnée un peu en dehors de son union avec l'os propre du nez. Un coup de pince sectionne de même transversalement la paroi antérieure du sinus, mais on est arrêté de suite par l'exostose. Alors, avec une gouge engagée entre l'exostose et l'os, je fais sauter une lamelle osseuse de la grandeur de l'ongle du pouce, représentant la paroi antérieure du sinus maxillaire, dans laquelle est logé le canal nasal. A ce moment, l'exostose est à nu, dans une ouverture représentée par toute la paroi antérieure du maxillaire et la fosse nasale du même côté. Il n'y avait plus de paroi antérieure au sinus maxillaire, dans la fosse canine. L'os y était usé, et on avait ainsi une ouverture limitée, en dedans, par la cloison des fosses nasales, en dehors, par l'os malaire, c'est-à-dire de 3 centimètres de largeur environ. L'œil limitait en haut la loge où était l'exostose, et la partie palatine du maxillaire la limitait en bas.

Il était évident que l'exostose enclavée en dedans et en haut ne pouvait être mobilisée, mais des pesées faites avec une gouge plate en enlevaient des portions. De petits coups de ciseaux détruisirent les parties osseuses qui enclavaient la tumeur ; alors, avec un crochet placé sur la partie de la tumeur qui occupait l'orbite, je réussis à la tirer en bas et à la faire tomber dans la cavité creusée par le morcellement de l'exostose. Mais cette portion restante de la tumeur était encore trop volumineuse pour sortir et je dus, pour l'extraire, enlever la portion qui faisait saillie dans la fosse nasale à l'aide d'une cisaille.

La plaie nettoyée, on ne sent de pédicule nulle part, le périoste orbitaire est intact, et l'on constate que tous les muscles moteurs de l'œil et des paupières sont dans un état normal. Quatre bourdonnets de charpie, en queue de cerf-volant, sont placés dans le fond de la plaie et le fil qui les unit sort par la narine. Cinq points de suture métallique réunissent la portion verticale de l'incision, deux points de suture entortillée réunissent l'incision qui suit le sillon naso-labial.

L'opération avait duré trois quarts d'heure. La portion intacte de l'exostose a le volume d'une très-grosse noix et les morceaux détachés isolément réunis forment un volume égal. La tumeur envoyait des prolongements dans les masses latérales de l'ethmoïde, dans le sinus

sphénoïdal, dans la fosse nasale droite; elle soulevait l'œil. Les cornets supérieur et moyen étaient attachés sur la tumeur.

Les suites de l'opération ont été d'abord des plus heureuses, il n'y eut pas d'écoulement sanguin. L'air pénétrait dans le foyer de la plaie et soulevait l'œil, mais il n'y eut pas trace d'emphysème. La première nuit, assez violent mal de tête. Gonflement de la joue et de la paupière, ecchymose sous-conjonctivale. Compresses mouillées, souvent renouvelées, sur la face.

17 janvier.— Toujours des douleurs dans la moitié de la tête ; pouls toujours à 100, sauf le soir de l'opération, où il avait atteint 130.

18 janvier.— Nuit bonne, les bourdonnets de charpie sont retirés ; injections nasales chaudes. Deux fois par jour, bouillon, potage, vin.

21 janvier. — La malade mange un peu de pain, qu'elle peut mâcher sans douleur.

22 janvier.— Les fils d'argent sont retirés, ainsi que les épingles; la réunion par première intention est complète ; il reste un peu de gonflement au niveau de la commissure des lèvres, et de la douleur dans l'oreille.

23 janvier. — La nuit a été bonne. La malade mange bien. Mais à trois heures, elle est prise de douleurs auriculaires excessivement violentes, qui lui arrachent des cris ; bourdonnements d'oreille. La membrane du tympan ne présente aucune lésion. Les douleurs deviennent si vives que la malade sort de son lit et se roule à terre devant l'interne de garde (2 pilules d'opium, injections sous-cutanées laudanum dans le conduit auditif).

24 janvier.— La douleur d'oreille est un peu calmée. Je diagnostique une *otite moyenne*. Injections nasales multipliées, à grande eau, de façon à faire revenir par la narine gauche le liquide injecté par la narine droite. Laudanum pur dans le conduit auditif, fomentations chaudes sur la face et la moitié de la tête, sinapismes aux cuisses.

25 janvier. — La douleur d'oreille est un peu calmée.

26 janvier.— Même douleur, la malade a vomi son déjeuner. Le soir pouls à 96.

27 janvier. — Même état le matin. A 2 heures grand frisson, d'une durée de 1 heure et demie ; température 41°,5, pouls 120. (Sulfate de quinine 0gr,50, boissons chaudes.) Agitation pendant la nuit.

28 janvier. — L'oreille laisse écouler du pus verdâtre. L'otite moyenne suppurée s'est terminée par la perforation de la membrane du tympan ; le soir, température 40°,7, pouls 112.

29 janvier.— Léger frisson dans la journée.

30 janvier.— Vomissement bilieux.

1er février.—Quelques frissons légers, langue sèche, délire pendant la nuit.

2 février. — Délire constant.

3 février. — Mort.

Autopsie le 4 février.— Poumons sains; rate normale. Aucune lésion viscérale particulière propre à la scrofule, l'adénie ou la tuberculose.

Le rein et surtout le foie sont gras; consistance du foie comme chez les sujets qui ont longtemps suppuré. Point d'abcès métastatiques. Estomac et intestin sains.

Dans le crâne, quelques fausses membranes sur l'apophyse basilaire : pus dans le sinus latéral de la dure-mère. Dans le lobe droit du cervelet, sans communication avec le rocher, abcès du volume d'une amande, visible sur la face inférieure du cervelet. Le pus de cet abcès était enkysté dans une fausse membrane.

Caillots dans la veine jugulaire, à la sortie du crâne, et ganglions profonds du cou indurés.

Une section médiane du crâne et de la face permet de voir la cavité où était logée l'exostose. Cette cavité, qui communique largement avec la fosse nasale droite agrandie par suite de la déviation de la cloison à gauche, offre des parois lisses, composées de parties molles, excepté au niveau de l'os malaire et de l'os palatin ; tout le reste du maxillaire a disparu, excepté en bas, où l'on voit la paroi inférieure du sinus, sur laquelle onremarque deux arrêtes minces correspondant, l'une, au reste de la paroi interne du sinus, l'autre, au reste de la paroi antérieure de cette même cavité ; nulle part on ne voit de traces d'un *pédicule* quelconque, la portion intacte de l'exostose remise en place occupe l'orbite et une cavité dans l'ethmoïde qui conduit jusque dans le sinus sphénoïdal.

La tumeur n'était séparée du crâne que par une mince lamelle osseuse au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde.

Il y avait de la sérosité purulente dans le sinus sphénoïdal, et la trompe d'Eustache en laissait aussi un peu écouler.

(La pièce est déposée au musée Dupuytren.)

Cette exostose volumineuse, développée dans tous les sens à la fois, n'avait pas de pédicule, ainsi que cela a été constaté jusqu'ici pour les exostoses des sinus. Vous vous rappelez, à cette occasion, le rapport de notre collègue, M. Dolbeau, sur une observation du Dr Pamard. Cette absence de pédicule est facilement explicable par le développement de la tumeur, qui use l'os au pourtour du pédicule qui a pu exister, en même temps qu'elle use la coque osseuse dans laquelle elle est renfermée.

L'opération a été pratiquée à la dernière limite permise, car dans quelque temps à peine la tumeur eût pénétré dans le crâne, en perforant la partie supérieure de l'orbite. Il faut tirer de cette pièce cet enseignement que l'opération aurait dû être faite au moins deux ans plus tôt, aussitôt que l'on aurait pu constater la présence de la tumeur osseuse dans la fosse nasale et avant qu'elle eût gagné du côté de l'orbite.

La malade a succombé avec les symptômes d'une otite moyenne suppurée et c'est l'abcès du cervelet qui est la cause de la mort. Mais il est juste d'ajouter que la malade avait le foie gras comme

les malades qui ont eu de longues suppurations; ce qui semble indiquer que la malade était, avant l'opération, sous l'imminence de quelque lésion grave, peut-être même de l'abcès du cervelet.

Au point de vue opératoire, on voit que le procédé employé est très-avantageux, puisqu'il permet de conserver l'arcade dentaire et la portion palatine du maxillaire supérieur, qui restent généralement intacts. Avec les deux incisions qui ont été pratiquées, on arrive sur la branche montante du maxillaire, on agrandit l'orifice des fosses nasales de toute l'étendue de la paroi antérieure du sinus et cela donne un jour suffisant pour extraire une tumeur du volume d'une grosse noix. Par cette ouverture, il est facile de morceler l'exostose et de la diminuer assez pour qu'il sorte un très-gros fragment de la tumeur. Les suites de l'opération sont heureuses ; le résultat est bon et je crois que le procédé est préférable à ceux qui entraînent le sacrifice d'une portion de la mâchoire. Il est d'ailleurs d'autant plus facile à appliquer que l'exostose est moins volumineuse.

Discussion.

M. Désormeaux a constaté, pendant que la malade était dans son service, des accidents du côté de l'oreille, qui lui ont fait craindre des lésions du rocher et l'ont fait hésiter à pratiquer l'opération.

M. Tillaux demande quels rapports M. Desprès établit entre l'otite et l'abcès du cervelet. Le défaut d'adhérences de la tumeur s'explique, suivant M. Tillaux, par son développement dans la couche profonde de la muqueuse, qui présente une structure spéciale.

M. Desprès, sans vouloir en donner l'explication, fait remarquer que les cas sont fréquents où des abcès du cervelet se sont développés chez des sujets atteints d'otite, sans qu'il y eût de lésion du rocher.

MM. Duplay et Paulet confirment la fréquence de cette coïncidence.

M. Trélat serait porté à croire que les abcès, dans ces cas, existaient longtemps avant la mort. Morgagni a signalé des faits de ce genre, où des lésions ignorées du cerveau ont été révélées à l'autopsie d'individus morts à la suite d'un traumatisme insuffisant pour expliquer la terminaison funeste.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

Séance du 17 février 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté après quelques observations de MM. Larrey et Paulet.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine ;

Les *Annales* de l'Association, société médico-chirurgicale de Mexico;

Les deux derniers fascicules du VIIe volume des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*

M. Larrey offre à la Société : 1° le *Bulletin de l'Académie de médecine* pour 1874 ; 2° la collection du *Journal* et du *Bulletin de thérapeutique* pour 1874 ; 3° un mémoire imprimé de M. J.-A.-N. Périer : *De l'influence des milieux sur la constitution des races humaines et particulièrement sur les mœurs;* 4° un mémoire imprimé de M. Bérenger Féraud : *De l'innocuité des ponctions du foie avec le trocart aspirateur.*

M. Guérin offre, de la part du Dr Dechaux, de Montluçon, candidat au titre de correspondant national, un travail manuscrit sur les *Blessures des artères du bras et de l'avant-bras.* (Commissaires : MM. Sée, de Saint-Germain, Forget.)

MM. Lucas-Championnière, Krishaber, Théophile Anger posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire.

Rapports.

M. Guyon lit un rapport sur le travail suivant de M. Th. Anger, candidat au titre de membre titulaire :

Hypospadias péno-scrotal, compliqué de coudure de la verge. — Redressement du pénis et uréthro-plastie par inclusion cutanée. — Guérison.

Quoique plus fréquent que l'épispadias, *l'hypospadias* est loin d'avoir excité les mêmes efforts thérapeutiques. Peut-être faut-il attribuer cette espèce de délaissement à ce qu'il constitue une in-

firmité moins dégoûtante que la précédente. Les hypospades, en effet, peuvent le plus souvent excréter l'urine sans souiller la peau des parties génitales, ni éclabousser leurs vêtements. Dès lors, leur imperfection se réduit à l'impossibilité du rapprochement sexuel, ou tout au moins à l'impuissance génératrice.

Je fais seulement allusion à ces malformations beaucoup plus graves que l'on désigne sous les noms *d'hypospadias pénien* et *scrotal.*

Les anciens chirurgiens ne reculèrent pas, pour remédier à l'hypospadias, devant les opérations les plus hasardeuses et les plus radicales, puisqu'ils allaient jusqu'à conseiller, comme Dyonis et Ambroise Paré : « de tirer le prépuce de la gauche et de la droite, de couper le bout du prépuce et l'extrémité du gland joignant le trou qui est au-dessous. »

Dès la fin du siècle dernier, quelques judicieuses remarques de Morgagni et la grande autorité de J.-L. Petit avaient fait justice de ces procédés par trop primitifs. Néanmoins, l'idée de créer un canal susceptible de conduire l'urine et le sperme jusqu'à l'extrémité du gland ne fut jamais complétement abandonnée. Dupuytren, d'abord, puis MM. Ripoll, Chassaignac, Guersant, etc. entreprirent, à l'exemple de Galien, ce qu'on pourrait appeler le forage d'un urèthre à travers le pénis. Sabatier, qui rapporte deux observations de Dupuytren, ne semble pas approuver ces tentatives, puisqu'il ajoute que, pour l'hypospadias qui occupe l'angle du scrotum avec la verge, c'est un malheur auquel il n'y a point de remède.

Plus tard, lorsque l'autoplastie prit rang dans la science, bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Blandin, Gély, Bouisson, essayèrent de créer un urèthre complet à l'aide de lambeaux pris sur le scrotum.

Quelques résultats ont été néfastes; les autres ont paru peu satisfaisants (F. Guyon, thèse d'agrégation sur les *Vices de conformation de l'urèthre*).

Tel était l'état de la science lorsque j'ai été amené à intervenir dans le cas suivant :

Observation. — F... (Louis), âgé de 16 ans, me fut amené le 19 septembre 1872. De petite taille, mais bien conformé, il ne porte aucun indice de maladie constitutionnelle quelconque.

L'urèthre, au lieu de s'ouvrir à l'extrémité du gland, s'arrête à la base du pénis dans l'angle péno-scrotal. (*Pl. II*, *fig.* 1.) L'orifice en est étroit et caché au fond d'un repli cutané qui correspond exactement à l'extrémité antérieure du raphé médian des bourses. De ce pertuis à bords souples et rosés part une bride à peine saillante longue d'un centimètre qui relie le gland, d'ailleurs assez bien conformé, à l'orifice anormal de l'urèthre.

A l'état de repos, le pénis est couché dans le sillon qui sépare les deux moitiés du scrotum, si l'on cherche à relever la verge sur l'abdomen, on constate que ce mouvement est impossible et que le gland est retenu en bas et bridé par un cordon fibreux résistant et inextensible.

Pendant l'érection (*pl. II, fig.* 1), la forme des parties sexuelles se modifie. Les corps caverneux, devenus turgides, prennent, par leur moitié postérieure, la direction normale en haut et en avant; mais leur moitié antérieure s'infléchit, ainsi que le gland, en bas et en arrière, décrivant une courbe brusque, à convexité supérieure. (*Pl. II, fig* 1.)

J'ai vainement recherché l'existence d'un canal entre l'orifice normal et le gland. Celui-ci, à sa partie inférieure, est bien creusé d'une dépression; mais il suffit d'en écarter les bords pour constater qu'il ne s'y trouve aucun pertuis.

Entre le gland et l'urèthre on n'aperçoit non plus aucun vestige de canal. L'espèce de bride fibreuse qui relie l'urèthre au gland n'est même pas creusée en gouttière comme cela a été souvent signalé; ce cordon rubané ne fait aucune saillie apparente ni lorsqu'on exerce une traction sur le gland, ni pendant l'érection. C'est seulement au toucher qu'il est permis d'apprécier et son existence et l'obstacle invincible qu'il oppose au redressement de la verge.

Dans l'intervalle qui s'étend du pertuis uréthral au gland, la peau est fine, rosée, tendue et intimement adhérente au tissu fibreux sous-jacent.

En revanche, la couronne du gland est encadrée de replis cutanés nombreux et exubérants comme si la partie du prépuce qui manque inférieurement au niveau du frein avait été reportée à la face dorsale de la verge.

La miction est facile : seulement l'urine s'écoule en bavant lorsque le jeune homme ne prend aucune précaution; mais s'il relève fortement le gland pour attirer en avant l'orifice de l'urèthre, l'urine s'échappe en jet sans souiller notablement les vêtements. La conformation des autres organes de la génération est normale.

Pour remédier à cet hypospadias, compliqué de coudure de la verge, il y avait deux indications bien distinctes à remplir : 1° redresser le pénis pour rendre le coït possible, et 2° prolonger l'urèthre jusqu'au gland pour donner au coït des chances d'être fécondant.

Je pris l'avis de M. Nélaton qui approuva mon dessein de redresser la verge par la section en travers de la bride fibreuse dont j'ai parlé.

J'eus d'abord l'idée de pratiquer, à l'exemple de M. Bouisson, une section sous-cutanée de cette bride. Mais la peau ou plutôt la muqueuse qui la recouvrait était tellement mince, si adhérente et si peu susceptible d'extension que ce procédé ne me parut avoir, dans le cas actuel, aucune probabilité de réussite. Une seule incision transversale et à ciel ouvert eût été insuffisante; je résolus d'en faire deux, à 5 ou 6 millimètres de distance, l'une au niveau du pertuis uréthral, la seconde immédiatement en arrière du gland.

L'opération fut exécutée le 3 octobre 1872 : les deux sections ne dépassèrent pas un centimètre en travers, mais il fallut disséquer le tissu fibreux, couche par couche, à une très-grande profondeur, jusqu'à ce que les corps caverneux fussent mis à nu au fond des plaies. L'écoulement de sang fut d'ailleurs insignifiant.

Le résultat immédiat fut le redressement presque complet de l'organe. L'espace compris entre l'ouverture uréthrale et le gland, espace qui mesurait à peine 1 centimètre avant la section, atteignait 4 centimètres après l'opération.

Les deux plaies furent réunies longitudinalement, l'inférieure par trois points de suture, la supérieure par deux points seulement. Aucune des deux plaies ne se cicatrisa par première intention, ce qu'il faut attribuer aux érections fréquentes qui survinrent les jours suivants. Ces érections d'ailleurs, ne furent pas inutiles; car, sous leur influence, le pénis, qui avait encore une tendance à s'infléchir, se redressa de plus en plus.

Comme le travail de cicatrisation empêché par les érections ne marchait pas, je rapprochai les lèvres de la plaie à l'aide de petites bandelettes élastiques en caoutchouc qui se prêtaient aux variations de volume de l'organe, sans cesser de maintenir les bords de la plaie en contact. Enfin, pendant toute la durée de la cicatrisation, et même longtemps après, le jeune homme eut soin de relever la verge sur l'abdomen à l'aide d'une petite bande de caoutchouc dont une extrémité disposée en nœud coulant embrassait le gland, et dont l'autre attachée à la ceinture attirait doucement la verge en haut et en avant.

Le redressement de cette coudure était à peine obtenu que le jeune homme me demanda de compléter la guérison, en créant un nouveau canal susceptible de conduire les urines et le sperme jusqu'à l'extrémité du gland.

Le 27 janvier de l'année dernière, en présence et avec l'aide de mon collègue M. Ledentu et de MM. Mognac et Stoïcesco, internes des hôpitaux, j'exécutai l'uréthrogénie de la façon suivante :

Première incision *b c* (*pl. II*, *fig.* 2) longitudinale sur le fourreau de la verge, étendue de la base du gland au scrotum, parallèlement à la direction de l'urèthre et à une distance de 1 centimètre et demi du raphé médian. Deux petites incisions transversales *a b* et *c d*, partant de chaque extrémité de la précédente, vont rejoindre la ligne médiane, l'antérieure au niveau du méat, la postérieure au-dessous du pertuis uréthral sur le scrotum. Le lambeau cutané circonscrit par ces trois incisions forme une bandelette quadrilatère qui est soulevée et détachée du corps de la verge jusqu'à ce qu'elle puisse être renversée comme un ourlet, de façon à constituer un canal qui se continue en arrière avec l'urèthre, et aboutit en avant à l'extrémité du gland. La surface épidermique de la peau, ainsi renversée, fait suite à la surface épithéliale de la muqueuse.

Pour recouvrir la surface saignante de ce nouvel urèthre et l'inclure dans l'épaisseur du pénis, je décollai la peau de la verge et des bourses du côté droit à partir de la ligne médiane, jusqu'à ce que le lambeau

ef (*pl. II, fig.* 2) chevauchant par-dessus le précédent vint affronter son bord libre avec le bord correspondant de la plaie du côté opposé.

En d'autres termes, le procédé opératoire consiste à tailler le long d'un des côtés de la ligne médiane une lisière de peau suffisamment large pour être enroulée sur une sonde et former ainsi un canal épidermique, puis à enfouir ce nouvel urèthre sous les téguments de la verge et du scrotum.

Le nouvel urèthre fut maintenu enroulé sur une sonde à l'aide de six points de suture disposés de la façon suivante (*fig.* 2 et 3, *pl. II*) : chaque fil traversait premièrement le bord libre et renversé du lambeau uréthral; puis les deux chefs réunis, après avoir perforé la peau de dedans en dehors à la base du lambeau superficiel, étaient engagés dans un tube de Galli.

Attirant alors successivement chaque fil jusqu'à ce que les surfaces saignantes des deux lambeaux fussent mises en contact parfait, je fixai séparément chaque anse en écrasant le petit cylindre en plomb de Galli. Du reste, les figures 2, 3, 4 et 5 indiquent mieux que toute description la disposition de cette suture, que j'appellerai *profonde*. Elle avait pour but, non-seulement de maintenir le lambeau uréthral enroulé sur la sonde, mais encore d'attirer en sens inverse la base du lambeau superficiel *e* qui, ainsi entraîné, pouvait recouvrir sans tiraillement toute la perte de subtance faite au fourreau de la verge.

Quelques points de suture entrecoupée, et dans leur intervalle des serres-fines, assurèrent la réunion exacte des bords du lambeau superficiel avec les bords correspondants de la peau du côté opposé.

Le soir du 27 janvier, œdème notable du prépuce. Au bout de 48 heures, les sutures commencèrent à céder au niveau de la racine du pénis. Il fallut les soutenir à l'aide de fines lanières élastiques en caoutchouc agrafées aux lèvres opposées de la plaie.

Les lambeaux s'amoindrissaient peu à peu et faisaient redouter la formation d'une fissure, lorsque, le 30 janvier, la projection violente et inattendue de la sonde à demeure, hors de la vessie, acheva la désunion et permit au jet d'urine de faire irruption par l'ancien pertuis péno-scrotal. La sonde fut réintroduite, et je me hâte d'ajouter que ce fut bien à tort. En effet, le 4 février, le jeune homme était pris d'un violent frisson et, le lendemain, on constatait une orchite très-intense du côté gauche. Malgré un traitement énergique, il se forma un vaste phlegmon des bourses qu'il fallut inciser. En outre, des signes non douteux d'un phlegmon du petit bassin se manifestèrent sur le trajet du canal déférent. Plus tard, une inflammation érysipélateuse envahit le scrotum, mais ne tarda pas elle-même à céder.

Le 2 mars, tous ces graves accidents avaient disparu et le malade entrait en convalescence.

Quant au résultat de l'opération, la partie antérieure seule du nouveau canal était constituée dans une étendue de deux centimètres environ.

Entre lui et l'orifice anormal de l'urèthre, il restait au moins trois centimètres de canal qui étaient à refaire.

Deux fautes avaient été commises : la première, d'opérer trop tôt après le redressement de la coudure et avant que les téguments eussent repris leur souplesse et acquis une vascularité suffisante ; la seconde, l'introduction d'une sonde à demeure. Le résultat obtenu était néanmoins assez encourageant pour légitimer une seconde tentative. Mais, cette fois, je résolus bien de ne plus céder à l'impatience du jeune homme. J'attendis six mois, et c'est seulement le 8 août dernier que je procédai à l'opération complémentaire.

Le manuel opératoire fut absolument le même que la première fois, avec cette seule différence que les lambeaux, au lieu de se prolonger en avant jusqu'au gland, venaient se souder avec les bords du canal déjà restauré. Le lambeau uréthral fut fixé par six points de suture profonde, le lambeau superficiel par huit points de suture et quelques serres-fines.

La sonde ne fut laissée à demeure que pendant les 24 premières heures; à partir de ce moment, le jeune homme fut sondé ou se sonda lui-même toutes les fois que le besoin d'uriner se fit sentir.

Les suites furent, d'ailleurs, d'une extrême simplicité. Les sutures profondes tombèrent toutes spontanément du 2e au 3e jour; les sutures superficielles furent enlevées les unes après les autres entre le 4e et le 6e jour. Pendant quelques jours, le nouvel urèthre donna issue par son extrémité à une petite quantité de pus provenant des bords du lambeau profond. Quant au lambeau superficiel, il se réunit par première intention dans la plus grande partie de son étendue. En quelques points seulement la réunion eut lieu par seconde intention, mais sans que jamais l'écartement des bords ait été assez notable pour inspirer des craintes sur le résultat final.

Dès le 19 août du même mois, le jeune homme commença à uriner sans sonde, et le 31 août, il partait pour la Suisse, parfaitement guéri de son infirmité.

La figure 3 de la planche III reproduit l'épreuve photographique du résultat définitif.

Avant de vous lire cette observation, j'ai voulu attendre que le temps eût confirmé la guérison de mon opéré. Il est de retour à Paris depuis quelques jours, et va vous être présenté. Vous pourrez constater vous-même le résultat satisfaisant de l'opération. La miction est facile, sans douleur; les tissus sont souples et le nouvel urèthre libre de tout rétrécissement. Les érections se font parfaitement et, quoique le pénis soit alors très-légèrement courbé en bas, le rapprochement sexuel est assuré. Sans doute, le sujet reste encore atteint d'hypospodias balanique, mais c'est là une légère malformation qu'il partage avec beaucoup de pères de famille et dont il se console aisément.

Réflexions. — Quoique J.-L. Petit eût condamné toute tentative de redressement dans l'hypospadias avec coudure de la verge, M. Bouisson, dans un cas de ce genre, n'hésita pas à l'entreprendre, et il l'exécuta à l'aide de la section sous-cutanée des brides fibreuses qui rétractent le gland. Le résultat qu'il obtint fut des plus heureux.

Mais pour que cette section sous-cutanée réussisse, il faut qu'il existe entre le gland et l'urèthre assez d'étoffe pour se prêter à l'élongation de l'organe. Or, dans la plupart des cas, cette étoffe fait défaut à la face inférieure du pénis tandis qu'elle est accumulée à la face supérieure. Il en était ainsi chez mon malade, qui, dès lors, n'eût retiré aucun bénéfice de la ténotomie sous-cutanée.

Les débridements en travers et à ciel ouvert auxquels je dus avoir recours se transforment par une légère traction sur le gland en une fente longitudinale dont les lèvres entraînent en bas le prépuce.

Pour une section transversale d'un centimètre, on obtient une élongation de deux centimètres, soit pour deux débridements quatre centimètres de redressement. Pendant la cicatrisation et même après, j'eus soin (et c'est là, je crois, une indication capitale à bien remplir) de maintenir non-seulement la verge relevée sur l'abdomen, mais encore d'exercer sur elle une traction douce et continue à l'aide d'une bande de caoutchouc que le malade attachait à la ceinture.

La coudure redressée, quand doit-on procéder à l'uréthroplastie ?

Il faut savoir résister aux désirs d'un malade et ne se décider à l'opération que lorsque les cicatrices sont assez vascularisées pour ne plus inspirer de doute sur la vitalité des lambeaux. Six mois et même une année ne sont pas de trop pour permettre aux tissus d'acquérir une vascularité et une souplesse suffisantes.

A part cette réserve, le procédé que j'ai exécuté réunit toutes les bonnes conditions qui assurent le succès des autoplasties. En effet, les lambeaux n'ont pas de pédicule; leur partie libre et flottante est étroite : ils doivent donc être très-vivants. L'affrontement a lieu non par des bords, mais par de larges surfaces saignantes. Celles-ci sont elles-mêmes maintenues dans un contact parfait par une double suture qui est à mes yeux indispensable pour bien résister aux érections et à l'œdème consécutif. Si cet œdème distendait le prépuce au point de faire craindre une désunion prématurée des lambeaux, il y aurait lieu de pratiquer sur le dos de la verge une longue incision qui favoriserait le dégorgement et préviendrait le tiraillement des bords de la plaie.

On connaît la tendance des lambeaux autoplastiques à se rétracter vers leur base : ici, rien de semblable n'est à craindre, puisqu'ils sont empruntés à toute l'étendue du fourreau de la verge et pourront se prêter à ses changements de volume. Les sutures faites, il ne persiste non plus aucune plaie et, par conséquent, aucune rétraction cicatricielle ne saurait dévier le pénis de sa direction normale.

Le nouvel urèthre, étant constitué à l'aide d'un lambeau de peau

renversée et incluse, ne saurait être susceptible de rétrécissement comme l'était fatalement celui que Dupuytren creusait d'autorité, à l'aide d'un trocart, dans l'épaisseur du pénis, ou encore celui que Gély et Velpeau proposaient de former en disséquant de chaque côté de la ligne médiane deux lambeaux dont les bords étaient réunis et suturés sur une sonde préalablement introduite dans la vessie. C'était pour éviter ce grave inconvénient que Blandin et M. Bouisson taillaient sur le scrotum un tablier qu'ils attiraient ou renversaient à la face inférieure de la verge dans le but de créer une paroi inférieure à l'urèthre, la paroi supérieure restant formée par la peau du pénis. L'une et l'autre tentative devaient échouer parce que la base de ces lambeaux était trop étroite pour assurer la nutrition d'une bande de peau aussi longue; dès le second jour, ces deux lambeaux étaient sphacélés. Mais, alors même qu'ils eussent vécu, et se fussent soudés dans les rainures pratiquées à cette intention de chaque côté du raphé médian, on peut prévoir qu'en se rétractant vers leur base, ils eussent imprimé à la verge une direction vicieuse en bas et eussent probablement rendu le coït impossible.

Au mois de juin dernier, il a paru dans les *Archives de Langenbeck* un article où il est question d'un procédé d'uréthro-plastie pour l'épispadias tout à fait analogue à celui que j'ai employé chez mon hypospade. Les lambeaux sont taillés et affrontés de la même façon, et l'exécution du procédé ne diffère de la mienne qu'en ce que l'opérateur allemand a borné la restauration de l'urèthre au pénis, laissant entre lui et la vessie, au niveau de la fissure pubienne, un vaste hiatus, sorte de boutonnière qu'il se proposait sans doute de fermer dans une seconde tentative.

Je n'avais aucune connaissance de ce fait lorsque j'exécutai ma première opération au mois de janvier 1873, c'est-à-dire cinq mois avant la publication du numéro de juin des *Archives de Langenbeck*. Je n'ai donc pu emprunter au chirurgien allemand l'idée d'appliquer à l'hypospadias le procédé qu'il avait mis à exécution pour l'épispadias. D'ailleurs le point important de cette communication n'est pas tant de revendiquer une découverte que de démontrer par un fait incontestable la possibilité de guérir l'hypospadias, même compliqué; et sous ce rapport je ne connais aucun fait comparable à celui qui vous est soumis.

Les soins consécutifs nécessaires au succès de toute autoplastie sont d'une grande importance pour la restauration de l'urèthre.

La première de toutes est de ne pas laisser de sonde à demeure dans la vessie.

Lors de ma première opération, la sonde causa des accidents

graves, une cystite d'abord, bientôt suivie d'orchite suppurée et de phlegmon du petit bassin.

La facilité avec laquelle mon malade s'est sondé lui-même après la seconde opération prouve combien mes craintes relatives à la difficulté du cathétérisme étaient chimériques. S'il est vrai que le contact de l'urine soit tant à redouter pour la réunion des lambeaux, on pourrait aisément y obvier en injectant un peu d'eau dans la vessie après l'évacuation de son contenu.

En dehors de ces préceptes et du manuel opératoire, l'uréthrogénie soulève quelques autres questions pratiques, que l'expérience seule pourra résoudre : telles sont celle de l'âge auquel on doit opérer et celle de l'utilité qu'il pourrait y avoir à laisser au niveau du pertuis une boutonnière que l'on fermerait plus tard.

Le procédé opératoire que je viens de vous exposer pourrait s'exécuter avec autant de chances de succès lorsque l'urèthre s'ouvre entre les deux moitiés et même en arrière du scrotum. Il suffirait pour cela de prolonger les incisions jusqu'au périnée. Les lambeaux seraient plus longs, mais les conditions de vitalité ne seraient pas changées.

Quoique ces deux variétés de malformations congénitales ne soient pas très-rares, elles se rencontrent néanmoins bien moins souvent que les fissures acquises de l'urèthre, fissures que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à désigner sous le nom d'hypospadias accidentel, parce qu'en effet les conséquences qui en résultent sont à peu près semblables. La multiplicité des procédés qui ont été indiqués pour guérir ces fissures témoigne de leur insuccès fréquent. Un grand nombre de chirurgiens ont attaché leur nom à des tentatives de ce genre ; tels sont, à l'étranger : A. Cooper, Earle, Beale, Dieffenbach, et, en France, Viguerie et Ledran, Dupuytren, Blandin, Nélaton, Ségalas, MM. Ricord, Demarquay, Artaud, etc.

Aucun de ces auteurs n'a songé à renverser et inclure un lambeau de peau pour former la paroi inférieure de l'urèthre ; c'est toujours une surface saignante, par conséquent cicatricielle et rétractile qui comble la perte de substance. Enfin, les lambeaux sont affrontés par leurs bords ou tout au plus chevauchent incomplétement l'un sur l'autre comme les tuiles d'un toit. Ces deux conditions défectueuses d'une bonne restauration seraient évitées si l'on appliquait à ces larges fissures uréthrales le procédé d'uréthroplastie qui m'a si bien réussi pour l'hypospadias congénital. Il est évidemment plus facile de combler même une large perte de substance de l'urèthre que de refaire un urèthre tout entier.

Peut-être même certaines fistules trachéales, stercorales et vé-

sico-vaginales pourraient-elles être avantageusement soumises au même procédé opératoire.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE II.

Fig. 1 destinée à montrer la coudure du pénis pendant l'érection; — *o*, orifice anormal de l'urèthre surmonté du gland.

Fig. 2. *ABCD*, les trois incisions limitant le lambeau uréthral qui est enroulé sur la sonde. — *S*. e *f*, lambeau superficiel renversé. — *S*. 1, 2, 3, 4, 5, 6, sutures profondes.

Fig. 3. Coupe de la figure précédente. — *P*. Lambeau profond. — *S*. Lambeau superficiel. — 1. Fil métallique destiné à fixer le lambeau profond.

PLANCHE III.

Fig. 1. Aspect du pénis à la fin de l'opération. — 1, 2, 3, 4, 5, 6. Sutures profondes.

Fig. 2. Coupe de la figure précédente, montrant la superposition des deux lambeaux et leur fixation sur la sonde.

Fig. 3. Aspect actuel du pénis. — Une sonde a été introduite dans le canal pour mieux faire voir toute l'étendue du canal restauré.

Rapport sur le mémoire de M. Th. Anger, par M. F. Guyon.

Messieurs,

Le mémoire dont j'ai l'honneur de vous entretenir a été lu à cette tribune le 21 janvier 1874; dans cette même séance vous était présenté le sujet de l'observation. Vous avez pu dès lors juger de la perfection du résultat. Depuis, le jeune malade n'a pas été perdu de vue; j'ai pu constater que son état actuel est aussi satisfaisant que celui que vous avez observé il y a plus d'une année.

L'opération imaginée et pratiquée avec succès par M. Th. Anger est importante, non-seulement en raison du résultat acquis, mais encore parce qu'elle ramène de nouveau l'attention vers un point de la chirurgie restauratrice qui avait été pour ainsi dire abandonné d'un commun accord.

Par une heureuse coïncidence, il s'est trouvé que l'un de nos collègues, M. Duplay, s'occupait aussi de la réparation de la difformité constituée par l'hypospadias, et dans la séance suivante (28 janvier 1874), vous pouviez constater, en examinant deux opérés de M. Duplay, de nouveaux et remarquables succès.

La méthode opératoire adoptée par M. Duplay diffère très-notablement de celle de M. Th. Anger; je n'ai pas à les comparer. L'examen des résultats obtenus par nos deux confrères vous a,

d'ailleurs, prouvé que la chirurgie réparatrice pouvait désormais utiliser de nouvelles et précieuses ressources, pour des cas où, jusqu'alors, les tentatives les mieux conduites n'avaient pas été suivies de succès.

Depuis le remarquable mémoire publié en 1861 par le professeur Bouisson[1], et l'observation de M. Moutet publiée en mai 1870, dans le *Montpellier médical,* aucune tentative chirurgicale n'est signalée dans notre pays pour la cure de l'hypospadias.

Il était resté toutefois acquis, grâce à M. Bouisson, que, si le canal de l'urèthre n'avait pu être reconstitué, les déformations de la verge, qui accompagnent certaines variétés de l'hypospadias pouvaient être heureusement modifiées. Le redressement de la condure de la verge avait, en effet, été obtenu d'une façon très-satisfaisante dans un cas fort complexe, dont l'éminent professeur de Montpellier donne l'observation dans son mémoire.

A l'étranger, les tentatives d'urétrogénie paraissent, dans les cas d'hypospadias, ne pas avoir conservé plus qu'en France la faveur des chirurgiens. Les seuls cas que nous connaissions viennent d'être récemment l'objet d'un important article du *Medical Times and Gazette* (30 janvier 1875).

Les faits dont il s'agit sont au nombre de deux; ils ont été observés à King's college hospital, dans le service de M. John Wood. Les malades paraissent avoir largement bénéficié de l'opération. L'auteur de l'article écrit, en effet : « Les deux cas que nous avons vus sont vraiment de beaux succès. Dans chacun d'eux, l'hypospadias s'étendait sous la moitié de la longueur du pénis ou plus, et, dans l'un, l'ouverture anormale de l'urèthre était extrêmement petite, et une seconde ouverture existait encore plus loin en arrière. Dans l'un et l'autre cas, l'urèthre a été clos dans toute l'étendue de son plancher, et le prépuce forme une excellente gouttière pour projeter l'urine jusqu'au bout du gland. Dans un cas, aucune fistule n'existe au niveau de la cicatrice ; dans l'autre, une toute petite ouverture donne passage à un peu d'urine, mais elle se ferme peu à peu. »

C'est, en effet, aux dépens du prépuce exubérant et dorsal de l'hypospade que M. John Wood crée le nouveau canal. A l'aide d'incisions convenables, le prépuce entier est amené à la face inférieure de la verge; après les avivements ou dissections nécessaires, il est fixé dans sa nouvelle position par des points de suture.

Il nous serait difficile de juger cette opération ; les détails fournis par l'auteur de l'article sont insuffisants et les opérations sont

[1] Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 427.

récentes. Nous en savons assez pour constater que la méthode de M. Wood diffère entièrement de celles de MM. Anger et Duplay. L'emprunt cutané fait au prépuce, et qui déjà a été tenté, notamment par Dieffenbach, ne pourrait, d'ailleurs, réparer que les hypospadias péniens, et les cas opérés par M. John Wood paraissent appartenir à cette variété.

Le malade opéré par M. Anger avait l'ouverture uréthrale au niveau de l'angle péno-scrotal, et présentait la coudure de la verge qui accompagne souvent l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal.

La première opération eut pour but le redressement de la verge, qui fut obtenu à l'aide de deux incisions transversales petites, mais fort profondes. Dans le cas de M. Anger, comme dans celui que disséqua J.-L. Petit, la bride uréthrale n'était pas la seule cause de la soudure, mais la charpente fibreuse de la verge était elle-même en cause, et, pour employer les expressions de l'illustre chirurgien : « le dessous des corps caverneux y avait quelque part. » Le redressement fut cependant obtenu, et bien que la double section ait été faite à ciel ouvert, contrairement à ce qu'avait pratiqué M. Bouisson, qui eut recours à une section sous-cutanée, ce résultat précieux fut obtenu sans difficultés sérieuses.

Il n'en fut pas de même lorsque M. Anger entreprit de créer un canal. La première opération fut suivie d'accidents graves. Une partie du lambeau profond se sphacéla, et le malade atteint d'orchite avec abcès phlegmoneux des bourses, et de plus, d'un phlegmon du petit bassin, donna des inquiétudes qui ne furent heureusement pas de longue durée.

M. Anger, qui vous a très-complétement rendu compte de ces accidents, attribue le sphacèle partiel du lambeau à l'époque où fut faite l'opération, et accuse la sonde à demeure d'avoir occasionné les accidents survenus du côté des bourses et du petit bassin.

Il est incontestable que la vitalité des lambeaux sera d'autant mieux assurée que l'urétrogénie aura été entreprise le plus longtemps possible après le redressement de la verge. Six mois à un an constituent le terme le moins long que le malade doit accepter. Il serait même possible de séparer ces deux opérations par un intervalle de plusieurs années. Le redressement, en effet, pourrait être utilement tenté à un âge peu avancé ; l'uréthrogénie ne peut être entreprise dans de bonnes conditions sans le concours intelligent du malade, à un âge où celui-ci comprend les nécessités de l'opération et en accepte les conséquences.

Il est, en effet, démontré que le redressement de la verge peut être obtenu par une opération simple et facile à conduire ; il est

probable que, pratiquée de bonne heure, elle influera heureusement sur le développement du pénis. Le redressement de cet organe a, d'ailleurs, une conséquence des plus heureuses sur les fonctions urinaires, car ces malades sont obligés, comme l'était celui de M. Anger, de redresser fortement le membre pour pouvoir projeter l'urine en avant. Ils n'urinent pas *à croupeton*, mais ils ne peuvent *mingere ad parietes*, qu'en découvrant artificiellement l'orifice urétral recouvert et caché par la verge. Il n'est pas nécessaire d'indiquer le service que devra rendre à cette catégorie d'infirmes le redressement de la verge au point de vue du coït.

La reconstitution du canal rend plus parfaite encore l'émission de l'urine et place, sans doute, les opérés dans des conditions qui leur permettront la fécondation. Cette reconstitution du canal vient, d'ailleurs, compléter le résultat déjà obtenu au point de vue de la forme par le redressement. Le malade de M. Anger est, à cet égard, dans les meilleures conditions et cette partie du résultat obtenu n'est certainement pas à dédaigner, mais il n'est pas douteux que les malades ne tiennent à obtenir ces avantages, quelque importants qu'ils soient, qu'à un âge où ils peuvent en comprendre ou en prévoir les profits.

Le redressement et l'uréthrogénie, tout en concourant au même but, constituent, en définitive, deux opérations bien distinctes, qu'il convient de faire à des époques également distinctes, suffisamment éloignées, et peut-être même à des âges différents.

La seconde opération autoplastique, faite par M. Anger, dans de meilleures conditions au point de vue du temps nécessaire pour assurer la vitalité des parties, donna, vous le savez, un résultat complet et définitif.

Ainsi que je vous le faisais remarquer tout à l'heure, M. Anger avait eu à regretter d'avoir fait usage de la sonde à demeure. Il la supprima dans la seconde opération et le malade put aisément être sondé et se sonder lui-même. La facilité avec laquelle cette opération s'exécuta à travers le nouveau canal témoigne à elle seule des bonnes conditions dans lesquelles il était reconstitué. On doit cependant prévoir que des difficultés peuvent se présenter pendant l'exécution des manœuvres nécessaires au cathétérisme et que le nouveau canal pourrait en souffrir.

Tout en admettant avec M. Anger que le séjour d'une sonde peut devenir l'occasion d'accidents, je ne saurais cependant accepter que la sonde à demeure doive habituellement les provoquer.

Il convient, d'ailleurs, d'établir une différence absolue entre un séjour temporaire de 24 ou de 36 heures, bien suffisant pour permettre l'agglutination des lambeaux, et la prolongation de la présence de la sonde à demeure. Ce séjour, peut-être inutile, peut

provoquer, non-seulement des aceidents du côté de la vessie, du eanal et de ses annexes, mais déterminer par la présence du corps étranger une irritation peu favorable au travail eieatrieiel qui va définitivement souder les lambeaux l'un à l'autre.

Le chirurgien pourrait donc prendre un terme moyen et ne laisser séjourner la sonde que 24 ou 36 heures; il serait néeessaire qu'elle demeurât eonstamment ouverte pendant tout le temps de son séjour. Après son enlèvement, je ne serais, je l'avoue, pas bien éloigné de permettre au malade d'uriner par son canal de nouvelle formation. Je suis, en effet, eonvaineu que toutes les fois que l'urine peut faeilement s'éehapper, que les plaies n'en subissent que le contaet, il n'en résulte aucune espèee d'ineonvénient; ce qu'il faut redouter, e'est la pénétration de l'urine dans les tissus sous l'influenee d'un effort et d'un obstaele, mais le simple contaet m'a toujours paru absolument inoffensif.

Sans insister davantage sur ces questions, qui ne peuvent se présenter ici que d'une façon tout à fait incidente, je vous demanderai, messieurs, d'attirer encore un instant votre attention sur deux des caraetères prineipaux de l'opération uréthrogénique de M. Anger, et qui me paraissent d'une véritable importance.

C'est, d'abord, la présenee d'un revêtement eutané formant la paroi intra-uréthrale du nouveau canal; e'est, en second lieu, l'opposition et la juxtaposition de larges surfaees.

La présence d'un lambeau à revêtement épidermique devait assurer au nouveau eanal une eonstitution régulière et définitive; vous avez pu eonstater qu'il en était ainsi quatre mois après l'opération, et ee résultat reste toujours eomplétement aequis.

L'opposition de larges surfaces et dans aucun point de simples bords remplit une des eonditions fondamentales auxquelles doivent obéir tous les ehirurgiens désireux de conduire à bien des opérations réparatriees. Ce n'est pas dans cette eneeinte que j'ai à insister sur la néeessité absolue, sur l'importanee eapitale de l'opposition de larges surfaees, qu'il s'agisse de réparation par suture ou à l'aide de l'autoplastie ; mais je devais constater que l'opération de M. Anger satisfait eomplétement à ee prineipe fondamental.

Il est probable que les fistules péniennes, pour lesquelles bien des proeédés ont été imaginés et employés, pourront utilement être réparées par la méthode d'inelusion eutanée que M. Anger a si heureusement appliquée à la eure d'un hypospadias péno-serotal et qu'elle serait également applieable à des eas d'hypospadias avee division du serotum.

La question de l'uréthrogénie dans les malformations eongénitales de l'urèthre autres que la forme simple, c'est-à-dire dans l'hypos-

padias balanique, qui reste hors de cause, est aujourd'hui bien posée; elle est engagée dans une voie qui paraît devoir lui assurer le succès qui lui a si souvent fait défaut.

Les communications de M. Anger et de M. Duplay ont directement porté cette importante question devant la Société de chirurgie de Paris. Déjà le mémoire de notre collègue M. Duplay figure dans nos publications. Vous déciderez, sans doute, que l'important travail de M. Anger prendra sa place au milieu de nos travaux. L'auteur est de ceux que la Société doit appeler à siéger dans son sein; aussi, en vous proposant de publier le mémoire de M. Anger, je vous demande également d'inscrire son auteur en rang utile sur votre prochaine liste de présentation.

Discussion.

M. Tillaux. Depuis la publication des travaux de MM. Th. Anger et Duplay, j'ai eu occasion d'opérer un jeune homme de 20 ans, affecté d'hypospadias péno-scrotal.

Après avoir redressé la verge à l'aide d'une incision transversale, je procédai, plusieurs mois après, à la restauration du canal. Le procédé autoplastique de M. Th. Anger fut celui que j'employai; mais j'eus soin de suivre le conseil important donné par M. Duplay, de ne tenter à la fois qu'une restauration partielle, en laissant au périnée un orifice par lequel pouvait sortir l'urine.

Le résultat a été très-satisfaisant, le canal est restauré en grande partie et la verge est à peu près droite.

Quant à enlever la sonde 24 ou 36 heures après l'opération, comme le conseille M. Guyon, je ne saurais partager cet avis. Des accidents graves pourraient en être, selon moi, la conséquence immédiate. De plus, il est nécessaire de laisser une bougie en place longtemps encore après l'opération, pour s'opposer au retrait du nouveau canal.

M. Sée signale une difficulté que lui offre un petit malade affecté d'hypospadias, qui est actuellement dans son service. La verge, fortement recourbée en arrière, a été redressé en partie grâce à deux incisions transversales pratiquées derrière le gland. Mais le redressement est incomplet, parce que, en relevant la verge vers l'abdomen, on sent que la corde dont la tension produit l'abaissement siége surtout au niveau du scrotum, où le canal est complet.

M. Duplay constate que le procédé de M. Th. Anger laisse de côté le méat urinaire, dont l'importance lui paraît considérable pour l'éjaculation. C'est là une imperfection qui n'existe point dans le procédé que M. Duplay a employé lui-même. Quant à la difficulté

que présente le cas de M. Sée, il serait peut-être possible d'y remédier, comme l'a conseillé M. Bouisson, au moyen de sections sous-cutanées de la cloison des corps caverneux.

Les conclusions du rapport de M. Guyon sont adoptées.

Communications.

5° M. Terrier donne lecture de l'observation suivante :

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison.

Catherine M..., 38 ans, ne présente aucun autre antécédent à noter qu'une couche il y a 15 ans. Depuis, ses règles ont été normales.

Il y a dix mois, apparition d'une petite tumeur mobile dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vives douleurs, qui cessèrent bientôt pour revenir quatre mois après. Ces douleurs étaient exaspérées par la moindre fatigue et lors de l'apparition des règles. Dans quelques cas. ces phénomènes douloureux s'accompagnaient de météorisme, sans fièvre ni phénomènes de péritonite.

La malade entra le 22 septembre 1874 dans le service de M. le Dr Lépine, à l'hôpital temporaire, où je l'examinai quelques jours après.

L'état général est conservé et la malade ne se plaint que de vives douleurs au niveau de sa tumeur. Celle-ci occupe la fosse iliaque droite, l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque gauche. Cette tumeur paraît plonger, à droite, dans l'excavation pelvienne; en haut, elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur la ligne pubio-xyphoïdienne, la tumeur mesure 25 centimètres 1/2; transversalement, sur une ligne tirée d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, elle a 36 centimètres.

La tumeur est rénitente, non fluctuante, un peu élastique et légèrement dépressible; sa mobilité en masse est peu marquée, et seulement dans le sens transversal. La matité de la tumeur est distincte de celle du foie.

Parois abdominales normales, mobiles sur la masse morbide à gauche; pas de frottement péritonéal.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus mobile, petit, à col entr'ouvert. Dans le cul-de-sac latéral droit, le doigt arrive jusqu'à la tumeur, surtout si l'on vient à la déprimer à l'aide d'une main placée sur l'abdomen. Pas de fluctuation.

Le toucher rectal permet de constater la mobilité et l'indépendance de l'utérus. Une sonde introduite dans la vessie est déviée à gauche.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite, nulle dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Sauf les douleurs signalées, toutes les fonctions sont normales. Urines très-faciles et peu fréquentes.

En présence de ces symptômes, nous crûmes à l'existence d'une tumeur solide, soit de l'ovaire, soit du ligament large, probablement un fibrome, peut-être un sarcome. Une première ponction exploratrice, faite par le Dr Lépine, permit de retirer une certaine quantité d'un liquide louche et granuleux. Dans une deuxième ponction, nous obtînmes un liquide épais, grumeleux, d'un blanc grisâtre; enfin, en retirant l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, nous trouvâmes un poil, encore engagé dans le chas de l'aiguille. D'autres poils furent découverts dans le liquide extrait par l'aspirateur. Ce liquide renfermait des cellules épithéliales altérées et des globules graisseux.

Nous avions évidemment affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire ou du ligament large.

Il restait à déterminer les adhérences possibles de cette tumeur avec les organes voisins. L'absence de troubles locaux et généraux pouvant être rattachés à une inflammation péritonéale nous fit penser à juste titre qu'il n'y avait pas d'adhérences intestinales. Mais les rapports immédiats de la tumeur avec la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, le prolongement que la masse morbide envoyait du côté du bassin et qu'on sentait par le toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral droit, enfin l'absence de toute mobilité dans le sens vertical nous firent craindre des adhérences pelviennes et avec la paroi abdominale à droite.

L'utérus était libre et mobile ; quant à la vessie, comprimée par la tumeur, elle pouvait aussi lui adhérer.

Le 14 octobre, apparition des règles, sans douleurs vives; la malade engraisse sous l'influence du repos au lit.

Le 9 novembre, nouvelles règles, avec douleurs abdominales internes. Le kyste a augmenté de volume; il offre plus de mobilité, ce qui tient à ce que la masse morbide, contenue d'abord et comme moulée sur l'excavation, avait franchi le détroit supérieur et s'était logée dans l'abdomen. Toutefois je conservai toujours des craintes au point de vue des adhérences pelviennes et vésicales.

Opération le 18 novembre 1874. Je fus aidé par MM. les Drs S. Duplay, J. Lucas-Championnière, Thévenot et Terrillon, MM. L. Robin et Dreyfous, internes du service.

La malade fut placée sur le lit d'opération de M. Guéride, ce qui permet d'opérer assis.

Incision, couche par couche, de la paroi abdominale sur la ligne médiane, commençant à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'arrêtant à 2 centimètres du pubis. Application de pinces hémostatiques nombreuses. Le péritoine est ouvert presque sans qu'on s'en doute, en raison des adhérences celluleuses qu'il présentait avec le kyste. En bas, section de fibres celluleuses vasculaires nécessitant l'application de pinces; ce sont probablement les vestiges de l'ouraque.

Le kyste mis à nu, ponction avec le trocart muni de son tube conducteur en caoutchouc. Il s'écoule peu de liquide, et la canule est bientôt bouchée par la masse demi-solide que renferme la tumeur; de plus, une certaine quantité de liquide d'aspect séro-purulent s'échappe par l'ou-

verture du trocart, entre celui-ci et la solution de continuité faite à la paroi kystique.

Il y eut un moment d'hésitation, lorsque j'eus l'idée de me servir du tube de caoutchouc adapté au trocart pour faire une véritable aspiration du contenu kystique.

A cet effet, je pressai le tube de caoutchouc entre deux doigts et les promenai de haut en bas, de façon à chasser la matière grasse déjà engagée dans le tube et à y attirer celle qui restait contenue dans le kyste. Grâce à cette manœuvre, répétée plusieurs fois, je parvins à vider suffisamment le kyste pour pouvoir y appliquer deux pinces fixatrices et l'attirer au dehors. La poche fut ensuite ouverte et vidée à l'aide d'une cuillère. Il sortit environ 2 litres 1/2 de matière demi-solide.

Le kyste attiré peu à peu à l'extérieur, des adhérences épiploïques furent détachées avec le doigt et l'épiploon laissé au dehors, en haut de la plaie. Le pédicule, situé à droite et assez petit, fut traversé de deux broches, au-dessous desquelles furent placées deux, puis une troisième anse de fil de fer, serrées avec le ligateur Cintrat. On put alors sectionner le pédicule et enlever le kyste.

Toilette du péritoine, suture profonde avec des fils d'argent (4 fils furent placés), nouvelle toilette du péritoine et on ferme l'abdomen.

L'épiploon, laissé à l'extérieur entre le premier et le deuxième fil d'argent, fut étreint par une forte ligature.

La suture métallique fut complétée par deux longues épingles à tête de verre, placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pédicule, fixé lui-même en bas de la plaie; suture entortillée. Pansement à l'ouate.

L'opération a duré du 9h40' à midi, soit moins de 2h1/2.

Nous donnons ici le résumé des phénomènes qui suivirent :

Après une fièvre traumatique légère, complétement tombée le 4e jour, la malade a été très-bien jusqu'au moment de l'élimination du pédicule, soit les 7e, 8e et 9e jours. La température remonte alors à 38o, qu'elle n'a jamais dépassés. Fait curieux à noter, c'est qu'au moment où apparurent les phénomènes de l'inflammation éliminatrice, il y eut rétention d'urine qui dura cinq jours. N'est-ce pas là un phénomène d'ordre réflexe?

Une fois la suppuration du pédicule établie, la malade guérit très-rapidement.

Les points de la suture profonde furent enlevés les 6e, 11e et 12e jours. Les épingles de la suture superficielle sont retirées les 7e, 8e et 9e jours. Les broches tombèrent les 14e et 15e jours, enfin les anses de fil de fer s'éliminèrent les 15e, 16e et 17e jours.

L'opérée, revue récemment (2 février 1875), se porte parfaitement et a notablement engraissé. Quelques douleurs du côté de la cicatrice abdominale, quand cette femme travaille trop. Eventration plus étendue que lors de la sortie de l'hôpital. Ceinture abdominale avec coussin médian.

Note remise par le Dr Malassez sur l'examen anatomique du kyste.
(Laboratoire d'histologie du Collége de France.)

Le kyste, formant une poche unique, offrait à peu près le volume d'une tête d'adulte; ses parois, épaisses de 2 à 5 millimètres, présentaient une consistance variable selon les points où on les examinait. La surface intérieure de la cavité kystique offrait l'aspect de la peau recouverte de matière sébacée et présentait par places des poils assez longs. Ce qui restait encore du contenu du kyste était moitié liquide, moitié solide, avec des grumeaux caséiformes. Au microscope, le contenu était formé de granulations graisseuses, de cellules épithéliales graisseuses et de cholisterum.

La paroi, constituée par du tissu conjonctif feutré, analogue à celui du derme, et par des faisceaux de fibres musculaires lisses nombreux et entre-croisés, est recouverte d'un épithélium pavimenteux avec couche cornée. Il y a peu de papilles.

En quelques points de la paroi kystique, on trouve des masses cartilagineuses et osseuses (ostéoplastes et canalicules); mais il faut noter que ces parties osseuses n'ont aucune forme qui rappelle celle des os normaux.

Par places existent des follicules pileux, avec des glandes sébacées, en général très-développées. On y rencontre aussi quelques glandes sudoripares.

Présentation de malades.

M. Guéniot présente un enfant sur lequel il donne les détails suivants :

Persistance extraordinaire d'une ligature en fil végétal dans un moignon d'amputé.

L'enfant que vous voyez est âgé de près de 6 ans. Son existence, jusqu'ici, a été traversée par des misères sans nombre. Abandonné par ses parents, il fut reçu, en novembre 1872, dans le service de mon collègue, M. Parrot. C'est là qu'à peine guéri d'une pneumonie du côté droit, il fut atteint successivement et presque coup sur coup, en décembre 1872, de la rougeole; en janvier 1873, d'accidents cérébraux, compliqués d'hémiplégie droite; en mars, d'une nouvelle pneumonie; en avril, d'une ophthalmie; en août, de la syphilis; enfin, en octobre 1874, d'une tumeur blanche du coude droit et d'une ostéo-périostite suppurée du deuxième métacarpien gauche.

Les progrès de la lésion du coude, la persistance de la paralysie dans tout le membre supérieur droit et l'aggravation de l'état général me décidèrent, sur la proposition de M. Parrot, à amputer le bras au tiers inférieur.

Le 17 décembre 1874, je pratiquai ainsi, sans aucun incident, l'opération, en formant deux lambeaux latéraux. Deux artères seulement nécessitèrent la ligature : *l'humérale* et une petite *branche cutanée*. Les fils employés à cet effet furent des fils végétaux ordinaires, et leur application sur le bout de chaque artère fut faite de la manière habituelle. Je réunis, à l'aide d'une suture métallique, les deux lambeaux dans les quatre cinquièmes antérieurs de leur bord libre ; puis, les deux fils à ligature étant placés dans l'angle postérieur de la plaie, je terminai par l'application d'un pansement alcoolisé.

Cmme je l'avais espéré, la réunion des lambeaux s'opéra primitivement dans presque toute leur étendue; leur bord seul forma une plaie superficielle, qui fut lente à se cicatriser.

L'un des deux fils, au 14e jour, se détacha sous une faible traction. Mais le second, probablement celui de l'artère humérale, est resté jusqu'ici complétement fixé; à l'heure actuelle, il paraît être encore aussi adhérent que pendant la première semaine. Cependant l'amputation date présentement de 62 jours. La cicatrice du moignon est absolument complète et, par sa partie inférieure, elle entoure étroitement le fil. C'est vainement que l'on tire sur ce fil en vue de l'entraîner; il résiste avec force, et l'on a conscience que son attache reste très-solide.

Depuis l'opération, l'état général de l'enfant s'est considérablement amélioré et l'embonpoint s'accentue chaque jour davantage.

A quelle cause rattacher ce phénomène singulier de la persistance des adhérences du fil à la ligature ? D'où vient que l'artère liée ne s'est pas sectionnée comme de coutume ? Pourquoi cette tolérance insolite des tissus pour un corps étranger ? Remarquez qu'il s'agit, non point d'un fil métallique plus ou moins inoxydable, mais d'un fil végétal ordinaire, formé de chanvre ou de lin ; que, depuis le 12e jour de l'amputation, j'ai maintes fois sollicité par des tractions assez fortes le fil à se détacher; enfin, que pendant les trois premières semaines, malgré la réunion des parties profondes, je constatai à la surface du moignon une tendance manifeste à l'ulcération.

Peut-on admettre que cette fixité du fil dépend de la façon dont la ligature a été apposée sur l'artère ; cette ligature ayant dû étreindre, en même temps que le vaisseau, certaines parcelles des tissus voisins ? Mais c'est là une pure hypothèse. D'ailleurs celle-ci, fût-elle une réalité, ne satisferait pas encore l'esprit; car le tissu conjonctif, les veines, les nerfs, le tissu musculaire lui-même, qui pourraient être compris accidentellement dans une ligature, se laisseraient sectionner par le fil aussi bien que le tissu des artères. Serait-il plus vrai que la suppuration des parties superficielles du moignon, et surtout le travail suppuratif de la main gauche, — tra-

vail qui ne fut à aucun moment ralenti, — ont opéré une sorte de dérivation, à la faveur de laquelle les tissus du moignon sont devenus d'une tolérance insolite pour la ligature ? Il m'est difficile encore de souscrire à une telle explication. Enfin, faut-il voir dans l'état de paralysie du membre, au moment de l'amputation, une prédisposition de celui-ci à produire le phénomène ? Le fait est assurément possible. Peut-être, chez mon petit malade, le tissu des artères jouit-il de peu de vitalité ; mais, en l'absence d'une altération matérielle constatable, il est assez difficile d'en donner une démonstration valable.

Je conclurai donc en disant : le résultat, que l'une des conditions précédentes ne pourrait à elle seule engendrer, a bien pu se réaliser par le concours de ces causes réunies ; et, en définitive, c'est à l'action combinée de ces causes que me paraît le plus probablement se rattacher le phénomène dont il s'agit.

M. Dubrueil a vu des ligatures persister deux mois chez des amputés de l'armée de Crimée revenus en France. Mais ces blessés, embarqués, peu après l'opération, sur des navires marchands, ont manqué de soins pendant la traversée et l'on s'est abstenu de tirer sur les fils.

M. Verneuil considère comme la cause essentielle de la chute précoce ou tardive des ligatures le degré de l'inflammation qui succède à l'opération. Si l'inflammation est modérée, les ligatures tiennent longtemps. C'est ainsi que des ligatures métalliques, qui ne provoquent que très-peu de réaction autour d'elles, peuvent rester quelquefois presque indéfiniment dans les plaies ; c'est là ce qui a fait renoncer à leur emploi pour les ligatures d'artères.

M. Perrin est d'avis que la cause qui retarde la chute des ligatures n'est pas unique ; certains tissus, tels que le tissu fibreux, ne sont sectionnés qu'avec une extrême lenteur. C'est ainsi que, chez un soldat, blessé pendant le siége de Paris, un fil resta en place pendant près de trois mois, et quand il tomba il entraîna avec lui un peu de tissu fibreux.

M. Després attribue également à des causes multiples la chute tardive des ligatures. On sait combien se fait attendre cette chute après la ligature en masse du cordon testiculaire, embrassant toutes les tuniques fibreuses de l'organe. Il peut arriver aussi que les bourgeons charnus emprisonnent les fils et les empêchent de se détacher. La preuve que des causes diverses interviennent dans le phénomène en question, c'est que plusieurs ligatures pratiquées à la fois et placées dans les mêmes conditions tombent à des époques différentes.

M. Guéniot demande si cette influence des tissus fibreux ne devrait pas engager parfois les chirurgiens à saisir, avec l'artère à lier, des tissus voisins plus résistants, en vue d'éloigner l'époque où la ligature se détachera, dans la ligature de la carotide par exemple.

M. Trélat reconnaît trois ordres de causes pouvant retarder la chute des fils : la présence de parties fibreuses lentes à se couper dans les tissus embrassés par la ligature, comme lorsqu'on a fait la ligature en masse du cordon ; l'existence d'une pointe osseuse qui accroche le fil, comme il l'a vu dans un cas, et enfin le développement de bourgeons charnus épais, qui s'appliquent à la surface du fil et pénètrent même entre ses éléments, comme on peut s'en assurer en examinant les fils ainsi extraits, lesquels sont toujours garnis de lobules charnus qu'ils ont entraînés.

Les causes qui favorisent la section des tissus par les fils tiennent à la nature du processus pathologique qu'ils développent autour d'eux.

Quant à la déduction pratique que M. Guéniot voudrait tirer de l'influence des tissus fibreux, elle serait défectueuse. Depuis longtemps les chirurgiens ont renoncé aux ligatures médiates, en raison des accidents qu'elles provoquent.

M. Marjolin pense également que les idées de M. Verneuil sont trop absolues et que l'incarcération des fils est un fait très-réel, qui s'observe fréquemment après les amputations du sein.

Présentation d'instruments.

M. Duplay présente une pince à polype, fabriquée par M. Aubry, qui peut s'articuler à tous les degrés d'écartement des branches, grâce à un verrou qui glisse sur l'une d'elles. Le même principe peut s'appliquer à toute espèce de pince.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire annuel,

M. Sée.

Paris. — Imp. Paul Dupont, rue J.-J.-Rousseau, 41 (Hôtel des Fermes)
Le gérant : G. Masson.

Séance du 24 février 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

M. Gayet, membre correspond à Lyon, adresse un mémoire : *Quelques faits pour servir à l'histoire des plaies pénétrantes.*

Présentation de malades.

M. Fropo, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, présente :

1° Un soldat qui, par suite d'un coup de feu à travers la paume de la main, avait eu le 3e et le 4e métacarpien broyés. M. Fropo désarticula le 4e métacarpien, mais put conserver l'extrémité postérieure du 3e, ce qui lui permit d'éviter l'ouverture de la synoviale du carpe et l'inflammation qu'elle détermine. Le blessé conserve trois doigts, dont il se sert très-bien.

2° Un artilleur auquel un éclat d'obus avait enlevé les parties molles de la partie supérieure et interne de la cuisse. Après la chute des escarres, la perte de substance était plus considérable encore. Cependant la guérison eut lieu ; elle fut hâtée notablement par de nombreuses greffes épidermiques. Le malade marche facilement.

3° Un soldat auquel un éclat d'obus avait broyé le bras ; de l'humérus, il ne restait que la tête articulaire. M. Fropo, ayant enlevé cette portion de l'os du bras, régularisa les lambeaux de téguments pour en recouvrir les surfaces traumatiques. Cette opération de nécessité fut suivie de succès.

Lecture.

M. Delens lit deux *observations d'anus double et d'anus imperforé.* (Commissaires : MM. *Guéniot*, *Duplay* et *Verneuil.*)

Communication.

Résection du calcanéum.

M. Trélat. J'ai eu, il y a quelque temps, l'occasion de pratiquer une opération laborieuse et rarement indiquée : l'ablation du calcanéum tout entier, dans des conditions assez exceptionnelles pour que ce fait me semblât digne de vous être communiqué.

Maltré Benoît, âgé de 30 ans, eut le talon écrasé, en 1869, par une roue de voiture, accident pour lequel il séjourna huit mois à l'hôpital Saint-Louis. Il en sortit vers le milieu de 1870, portant à la face plantaire du talon une vaste cicatrice qui s'ulcérait avec une grande facilité dès que le malade se livrait à la marche. Incapable de travailler pour vivre, il entra en 1873 à l'hôpital de la Charité, où je constatai sous la cicatrice une hyperostose générale du calcanéum, donnant à la face inférieure de cet os une convexité notable, qui tendait les téguments formés en partie de tissu inodulaire et ulcérés.

Je crus devoir mettre à nu la face plantaire du calcanéum et enlever par un trait de scie toute la portion saillante de cet os. La cicatrisation fut très-longue à obtenir, malgré de très-nombreuses greffes dermo-épidermiques. Après 10 mois de séjour à l'hôpital, le malade était guéri ; mais à peine sorti, il vit de nouveau son talon s'ulcérer. Il rentra à la Charité en novembre 1874, décidé, disait-il, à subir toutes les opérations possibles pour être délivré de son infirmité. Je ne lui cachai pas que la guérison était bien difficile à espérer sans un gros sacrifice, et que peut-être serai-je obligé de supprimer le pied dans sa totalité. Le malade était alors résolu à tout ; mais au bout de quelques jours, quand il fut question d'opération, il disparut brusquement de l'hôpital et ne revint qu'après trois jours, en demandant si on ne pourrait pas employer un moyen moins radical qu'une amputation.

C'est alors que, dans l'espoir de détruire complétement toute la saillie du talon et de cacher la cicatrice au fond d'une excavation, je me décidai à pratiquer l'ablation complète du calcanéum, le 9 décembre dernier. Le procédé que je mis en usage fut à peu près celui de Cliffton Morrogh : une incision courbe à concavité supérieure, faite sur la face externe de l'os, depuis le tendon d'Achille jusque sur le cuboïde, permit de mettre l'os à nu, en conservant le périoste, assez facile à détacher, avec la gaîne du long péronier latéral. Ce qui allongea beaucoup la durée de l'opération, ce fut la difficulté de dégager la portion antérieure et la petite apophyse de l'os, la section du ligament en Y ne pouvant se faire qu'à petits coups avec la pointe du couteau ; encore les dernières portions de ce

ligament durent-elles être arrachées plutôt que sectionnées. Si les mêmes circonstances se représentaient, je n'hésiterais pas à sectionner la petite tête du calcanéum au moyen des cisailles de Liston ou d'une petite scie, pour l'enlever ensuite.

Après une longue suppuration et une fusée purulente dans la gaîne du long péronier latéral, le malade est aujourd'hui en voie de guérison très-avancée.

En terminant, je signale la très-grande différence qui existe, au point de vue opératoire, entre les ablations du calcanéum plus ou moins détruit ou fragmenté par la carie ou l'ostéite et l'extraction de cet os ayant conservé son volume, sa solidité et ses fortes attaches. J'insiste de nouveau sur l'utilité de la section de la petite tête comme manœuvre intermédiaire; je pense que l'incision de Cliffton Morrogh, qui se termine sur le cuboïde, est trop courte et qu'il vaut mieux, suivant le conseil d'Ollier, la prolonger jusque sur la tête du 5e métatarsien. On a alors plus de facilité pour détacher avec la rugine et repousser le tendon du long péronier latéral, qui doit être respecté.

La division des ligaments profonds, ligament calcanéo-scaphoïdien, ligament interosseux, ligaments de la petite tête, sera rendue plus aisée si on est muni d'un davier convenable pour saisir l'os avec fermeté. Mais la plupart des daviers à résection ne remplissent pas cette condition. Quand ils sont assez longs pour que leurs mors puissent prendre le calcanéum, leurs manches sont tellement écartés que la main ne peut plus les retenir. M. Trélat montre à ce propos une ingénieuse disposition de davier que M. Farabœuf a fait exécuter par M. Collin. L'une des branches de l'instrument porte deux mortaises, tandis que l'autre n'a qu'un tenon. Suivant que l'articulation est faite sur l'une ou l'autre mortaise, les mors du davier permettent de saisir, avec un même et commode écartement des branches, des os petits ou très-gros ; par exemple un métatarsien, une phalange, ou bien un fémur, un calcanéum.

Discussion.

M. Verneuil a appliqué deux fois, pour l'ablation de l'astragale, l'idée de sectionner préalablement l'os, et a trouvé que l'opération est ainsi singulièrement facilitée.

M. Tillaux rappelle qu'il est de règle, dans les opérations sur le pied, d'éviter autant que possible les cicatrices plantaires. Le calcanéum doit donc toujours être attaqué par le côté. S'il s'agit d'un os carié, il n'est pas besoin de méthode : l'os est enlevé par fragments. Si l'on veut extirper l'os en totalité, l'incision qui paraît convenir le mieux, selon M. Tillaux, qui ne l'a expérimentée que sur

le cadavre, est une incision horizontale qui commence, en dehors, au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et se termine au-dessous de la malléole interne, en contournant le talon. Les téguments plantaires forment ainsi un lambeau que l'on peut abaisser. Le calcanéum est ensuite attaqué d'arrière en avant, ce qui rend son ablation plus facile.

M. Houel a pratiqué une fois, pour une nécrose profonde, la résection du calcanéum, en présence de M. Rigaud, de Strasbourg. Il s'est servi de l'incision dont vient de parler M. Tillaux ; néanmoins l'opération a été longue et laborieuse et les conséquences désastreuses : les orteils, puis le pied se gangrenèrent, et il fallut amputer la jambe. M. Houël se demande si les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs n'ont pas été lésés.

M. Giraldès fait remarquer que, suivant l'état des parties, la résection du calcanéum est plus ou moins difficile. Si l'os est nécrosé en totalité, le périoste détaché permet de le retirer sans effort. Si l'altération osseuse est circonscrite, le périoste, en grande partie adhérent, doit être détaché avec plus de patience et d'adresse que de force. L'évidement pratiqué dans les cas de nécrose centrale laisse une coque dure, spongieuse, qui suppure indéfiniment et détermine une nécrose consécutive qui nécessite plus tard une ablation complète par portions. Il vaut donc mieux faire immédiatement une opération radicale.

M. Perrin ne croit pas qu'on trouve plus de facilités en attaquant le calcanéum d'arrière en avant, comme le veut M. Tillaux. Pour diviser le ligament en Y, il vaut mieux pénétrer par la gouttière, largement ouverte en dehors, qui sert à le loger, et procéder d'avant en arrière. En voulant abattre la petite apophyse du calcanéum, comme est porté à le faire M. Trélat, on risquerait de léser les vaisseaux plantaires, accolés à sa face interne. L'évidement ne donne pas toujours les résultats fâcheux signalés par M. Giraldès.

M. Le Fort. L'incision décrite par M. Tillaux est celle d'Ericsen ; elle ne donne pas plus de facilités que celle d'Ollier, à moins qu'on ne se décide à couper l'artère tibiale postérieure, ce qu'on ne saurait admettre.

M. Trélat pense que l'incision externe est suffisante; elle permet de détacher le tendon d'Achille, de ruginer la face plantaire du calcanéum et d'attaquer le ligament calcanéo-scaphoïdien par le côté externe.

M. Desprès est d'avis que la résection du calcanéum en totalité donne de fort mauvais résultats, tandis que des malades qui ont

subi l'évidement de cet os n'ont présenté, après la guérison, que peu de déformation et ont pu fournir des marches prolongées. La guérison, dans ce dernier cas, se fait quelquefois longtemps attendre, 2 ans, chez un malade de M. Després, 14 mois chez un autre, qui est encore à l'hôpital Cochin ; mais cette circonstance est peu importante, eu égard au résultat final.

M. GIRALDÈS croit, au contraire, d'après son expérience, qu'après la résection complète du calcanéum, la guérison est plus rapide et la marche facile.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
M. SÉE.

Séance du 3 mars 1875.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

1. M. PANAS dépose une observation intitulée :

Tétanos traumatique traité par le chloral et les inhalations de chloroforme, par le Dr Zancarol, d'Alexandrie (Egypte.)

Voici un extrait de cette observation :

OBS.—Alexandre M..., 37 ans, marchand ambulant, fort et bien constitué, est entré à l'hôpital grec d'Alexandrie le 5 août 1874, atteint de tétanos traumatique.

Le malade a eu précédemment des douleurs avec gonflement dans les genoux et une affection de la jambe gauche, pour laquelle on lui a appliqué un cautère, encore douloureux aujourd'hui.

Etat actuel. Rire sardonique caractéristique, trismus très-prononcé, opisthotonos ; spasme du gosier, augmentant par moments et rendant la déglutition difficile ; contracture des muscles du thorax ; contracture des muscles des membres, plus marquée à gauche ; pupilles dilatées ; intelligence conservée, ainsi que l'appétit. Température de l'aisselle, 37°,3. (Traitement : 6 grammes de chloral, en 6 doses, d'heure en heure.)

7 *août*. Le malade sort de l'hôpital ; mais il y rentre deux jours après.

9 *août*. Pouls à 88, température, 37°,3. (Diète lactée, 10 grammes de chloral.)

10 *août*. Même état. (12 grammes de chloral.)

11 *août*. Muscles un peu moins contractés. Somnolence ; pupilles dilatées ; 80 pulsations ; température, 37°. (12 grammes de chloral.)

12 *août*. Léger amendement des symptômes.

13 *août*. Aggravation, déglutition plus difficile, respiration stertoreuse, rétention d'urine. (Inhalations de chloroforme, continuées jusqu'à production d'un relâchement musculaire complet.) Au réveil, déglutition facile.

Le soir, retour de la contracture ; nouvelles inhalations de chloroforme, qui produisent le même résultat.

14 *août*. Même traitement.

15 *août*. Amélioration très-marquée, qui se soutient les jours suivants, grâce au chloroforme et au chloral. Les inhalations sont supprimées à partir du 19 août, à cause de la grande irrégularité du pouls qu'elles déterminent. Le chloral est continué à des doses décroissantes jusqu'au 29 août.

Le malade sort guéri le 4 septembre.

Suivant l'auteur de l'observation, la cause du tétanos serait le cautère appliqué à la jambe, et la guérison serait due à l'action combinée du chloral et du chloroforme, attendu que le chloral, administré seul pendant six jours, à doses élevées, n'avait produit aucun changement, tandis que dès le début, des inhalations de chloroforme ont déterminé un soulagement marqué, qui s'est reproduit à chaque nouvelle inhalation. Les irrégularités du pouls qui se sont manifestées font un devoir au chirurgien de surveiller attentivement l'état de la circulation chez les tétaniques auxquels on administre le chloroforme.

2. M. Polaillon, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, communique l'observation suivante :

Extirpation du calcanéum.

Obs. — M. Dolbeau avait dans son service, en 1869, à l'hôpital Beaujon, une jeune femme de 25 ans qui portait à la partie postérieure du pied droit un gonflement considérable. Des trajets fistuleux conduisaient sur le calcanéum, dans le tissu duquel le stylet pénétrait facilement, en produisant ces petites fractures particulières à la carie. L'articulation tibio-tarsienne était saine et les articulations du tarse ne paraissaient pas envahies par la suppuration.

Tous les moyens locaux ayant échoué, il fallait intervenir par une opération chirurgicale, car la malade s'épuisait de plus en plus par la persistance de la suppuration et le séjour prolongé au lit.

La question d'une amputation de la jambe fut posée. Mais M. Dol-

beau, ayant constaté avec soin que le calcanéum était seul malade, pensa que l'extirpation de cet os permettrait de conserver le pied. D'ailleurs la malade ne pouvait se résoudre à subir une amputation. M. Dolbeau voulut bien me confier le soin de pratiquer l'extirpation de calcanéum.

Une incision curviligne partant du bord externe du tendon d'Achille fut conduite le long du bord externe du talon, puis le long du bord externe du pied, et vint aboutir à 1 centimètre en avant de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Le lambeau interne fut peu à peu disséqué, d'abord à sa partie postérieure, puis à sa partie inférieure. Je me servis pour cette dissection d'un détache-tendon, avec lequel je détruisis les insertions du tendon d'Achille. Je procédai en rasant l'os, et j'avais pour but de conserver le périoste; mais le tissu osseux trop mou s'enfonçait sous la pression des instruments, et la conservation du périoste fut difficile. En saisissant l'extrémité postérieure du calcanéum pour détruire les articulations calcanéo-astragalienne, l'os se rompit. Une grande partie du calcanéum fut enlevée par morceaux. Le reste de l'os fut évidé, de manière à ne laisser que la surface articulaire cuboïdiennne, qui était saine.

L'opération fut très-laborieuse. Commencée méthodiquement, elle fut achevée sans suivre de règle par le fait de la rupture du tissu osseux, qui obligeait à l'enlever par fragments et par évidement. Bref, à la fin de l'opération, on put voir que tout le calcanéum avait été enlevé, sauf la surface articulaire cuboïdienne, que l'articulation astragalienne était ouverte, que les parties voisines étaient saines, qu'aucune artère importante n'avait été blessée et que les gaînes des péroniers latéraux n'avaient pas été ouvertes.

Des bourdonnets de charpie sèche furent placés dans la plaie. Les lambeaux furent rapprochés. Le pied et la jambe furent placés dans un appareil inamovible.

Les premiers jours se passèrent bien; mais la malade fut prise d'accidents d'infection purulente et succomba.

Dans un travail sur l'extirpation du calcanéum, publié en 1869 dans les *Archives*, et en 1870 dans le *Dictionnaire encyclopédique*, j'ai cru pouvoir avancer, d'après les faits connus :

1° Que l'extirpation du calcanéum doit être acceptée dans la pratique, car elle permet, dans certains cas, de conserver un pied très-utile pour la station et la marche.

2° Que l'extirpation du calcanéum doit être préférée à l'amputation chez les enfants et chez les adolescents; mais que l'amputation vaut mieux que l'extirpation chez les adultes, parce que, chez ces derniers, un moignon fournit, en général, pour les fonctions des membres inférieurs, un point d'appui plus solide qu'un pied privé de son calcanéum. Pourtant il faut se souvenir que l'amputation paraît exposer à la mort dans une proportion plus forte que l'extirpation.

3° Que la nécrose totale et la périostite phlegmoneuse diffuse sont les affections dans lesquelles l'extirpation du calcanéum réussit le mieux, parce que le périoste est décollé par la suppuration, et que l'opération se réduit à une simple extraction de séquestre. C'est aussi dans ces cas que l'on obtient les plus belles reproductions osseuses. Mais dans les cas de carie, et surtout de cette *carie humide* que l'on observe chez les scrofuleux, il faut s'attendre à une guérison plus lente ou à une récidive dans les autres os du tarse.

3. M. Trélat, en montrant à la Société le calcanéum enlevé sur le malade dont il a présenté l'observation dans la dernière séance, ajoute qu'il a exécuté ces jours derniers, sur le cadavre, le sectionnement préalable de l'os, et qu'il a reconnu que par là l'opération est notablement abrégée.

Rapports.

1. M. Desprès donne lecture du résumé suivant d'une observation intitulée :

Oblitération complète des narines opérée avec succès

par le Dr Luc, médecin-major de 1re classe.

Obs. — Un enfant arabe de 10 ans, qui avait eu autrefois, cinq ans auparavant, une variole confluente, s'est présenté au Dr Luc avec une oblitération complète des deux narines, dont il éprouvait une véritable gêne. L'opération fut pratiquée à gauche à l'aide d'une incision qui pénétra immédiatement dans la narine. La même opération fut faite à droite de la même manière ; mais en cherchant à introduire un stylet dans la narine, le chirurgien tomba dans une cavité pleine de sang noir qui ne communiquait pas avec la narine et qui paraissait développée sur la cloison. Il s'écoula beaucoup de sang pur. Les deux narines formées ainsi par les deux incisions ont été dilatées, puis des injections émollientes ont été faites et la guérison a été obtenue.

Le point intéressant de cette observation est la présence d'un kyste sanguin dans l'épaisseur de la cloison, qui a été ouvert au moment où le chirurgien a pratiqué l'ouverture de la seconde narine. Cette complication n'a pas empêché l'opération d'être suivie de succès. Le kyste sanguin a été comprimé par l'amadou qui a été employé pour dilater la narine et l'hémorrhagie a été facilement arrêtée.

2. M. Terrier lit un rapport sur une communication de M. Pautier, intitulée :

Nouvel appareil pour les fractures transversales de la rotule.

Messieurs,

Vous savez tous combien sont nombreux les appareils destinés à maintenir réduites les fractures transversales de la rotule, c'est-à-dire que trop souvent ils n'atteignent pas le but que se sont proposé les chirurgiens : c'est-à-dire la coaptation exacte des fragments et, par conséquent, la réunion par un cal osseux.

Le Dr Nelson Pautier, dans une note communiquée à la Société, a cru résoudre ce problème en utilisant un *appareil lacé*.

Deux bandages inamovibles sont appliqués, l'un, sur la jambe jusqu'à la partie inférieure du fragment tibial de la rotule, l'autre, sur la cuisse jusqu'à la partie supérieure du fragment fémoral. Ceci fait, des trous sont pratiqués, à l'aide d'un emporte-pièce, aux bords qui correspondent aux fragments rotuliens; puis un lacet est passé dans ces ouvertures et les deux bandages sont ainsi rapprochés l'un de l'autre.

M. Pautier emploie la gélatine pour ses appareils inamovibles ; on conçoit que toute autre matière solidifiable, comme la dextrine ou le silicate, donnerait le même résultat.

De plus, à l'imitation de M. Moynac[1], on pourrait, non pas remplacer les œillets par des crochets *ad hoc*, mais substituer au lacet ordinaire un fil ou un tube élastique en caoutchouc.

Est-ce à dire que, grâce à ces moyens, on obtiendra toujours la coaptation des fragments et un cal osseux? Nous ne le croyons pas, et toutes les raisons que nous pourrions donner à cet égard sont trop classiques pour être répétées ici.

Quoi qu'il en soit, j'ai l'honneur de proposer à la Société de déposer le travail de M. Pautier aux archives et d'adresser des remercîments à l'auteur.

Discussion.

M. Larrey. L'application des appareils inamovibles au traitement des fractures de la rotule est loin d'être nouvelle, puisque mon père faisait usage de ces appareils.

M. Desprès. Beaucoup d'appareils ont donné les mêmes résultats que celui de M. Pautier; mais il n'en est point qui produise la consolidation osseuse. C'est la quantité de liquide épanchée dans la jointure qui donne la mesure du degré de l'écartement des fragments.

M. Giraldès partage l'avis de M. Larrey : les appareils inamo-

[1] These de Paris, nº 13, 1875, p. 8.

vibles sont de pratique courante, même à la campagne, témoin un cas où un appareil plâtré fut appliqué dans un village pour permettre de transporter le blessé et put être laissé en place jusqu'à guérison. L'appareil enlevé, on constata qu'il n'existait qu'un écartement d'un ou deux millimètres et que les fonctions du membre étaient rétablies.

M. Houel fait observer que la consolidation osseuse des fractures transversales de la rotule ne saurait être révoquée en doute, attendu qu'il en existe un cas très-authentique au musée Dupuytren. L'écartement des fragments est très-minime lorsque les couches fibreuses qui recouvrent la rotule sont demeurées intactes.

Les conclusions du rapport de M. Terrier sont adoptées.

3. M. Duplay lit le rapport suivant sur deux mémoires manuscrits adressés à la Société de chirurgie par M. le Dr Darin, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, sous les titres :

Recherches nouvelles en otiatrique et anesthésiques. — Études comparatives sur les anesthésiques et leur mode d'emploi.

Messieurs,

Vous m'avez chargé, au nom d'une Commission composée de MM. Lannelongue et Dubrueil, de vous rendre compte de deux mémoires manuscrits qui vous ont été adressés par M. Darin.

Ces travaux diffèrent essentiellement de ceux qui vous sont habituellement communiqués : il ne s'agit pas, en effet, comme je l'avais pensé tout d'abord, de recherches originales propres à l'auteur, mais d'une sorte de compilation sous forme d'analyse ou de revue des travaux les plus récents sur l'otiatrique et sur les anesthésiques. Vous comprendrez dès lors que je ne puisse vous fournir un compte rendu détaillé des nombreuses recherches analysées et résumées par M. Darin, et qui d'ailleurs ont été publiées dans divers recueils périodiques français ou étrangers.

Le premier mémoire de M. Darin, intitulé *Recherches nouvelles en otiatrique*, échappe à toute analyse. C'est un exposé pur et simple, dégagé de toute considération critique, de la plupart des travaux les plus récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des oreilles. Cette revue représente d'ailleurs les notes annexées par M. Darin à sa traduction française du *Traité des maladies des oreilles*, de Toynbee.

Le second mémoire de M. Darin, quoique constituant encore une sorte de revue des travaux récents sur les anesthésiques et ne renfermant qu'un petit nombre de recherches originales, traite

cependant une question tellement importante que j'ai cru devoir vous en entretenir un peu plus longuement.

L'auteur se propose d'étudier l'état actuel, en Amérique et en Angleterre, de la question de l'innocuité relative des anesthésiques.

Commençant par rappeler l'histoire de la découverte des anesthésiques, il établit que la plus grande part revient, dans cette découverte, au Dr Horace Wells, qui, le 11 décembre 1844, se fit extraire une dent par le Dr Riggs, après avoir respiré du protoxyde d'azote. En reconnaissance de cette précieuse découverte, l'Amérique va ériger une statue à Horace Wells, dont le nom a été peut-être trop oublié et s'est effacé devant ceux de Morton et Saekson, qui employèrent les premiers l'éther comme anesthésique, et devant celui de Simpson, qui reconnut les propriétés insensibilisatrices du chloroforme.

Dans ces dernières années, le gaz hilariant, qui avait été complétement supplanté par l'éther et le chloroforme, fut de nouveau remis en vogue par Colton, en Amérique, et son usage a pris actuellement une énorme extension, surtout dans le domaine des opérations dentaires.

De nos jours, la question s'est plusieurs fois posée relativement à la valeur comparative des agents anesthésiques, et M. Darin passe en revue les opinions récentes émises au sujet du protoxyde d'azote, de l'éther et du chloroforme.

Relativement au protoxyde d'azote, divers auteurs, en France et en Angleterre, regardent ce gaz comme irrespirable et déterminant l'insensibilité par asphyxie et non en vertu de propriétés anesthésiques. M. Darin est d'une opinion opposée et s'appuie sur des expériences de M. Limousin, consignées dans un travail lu à la Société de thérapeutique, en 1869, et sur quelques expériences personnelles, d'où il résulte que des animaux peuvent vivre un temps relativement considérable dans une atmosphère confinée de protoxyde d'azote, et que des graines peuvent également germer dans les mêmes conditions. Au point de vue théorique, le protoxyde d'azote serait supérieur à l'éther et au chloroforme, qui sont manifestement asphyxiants et délétères. Ajoutons à cela que dans la pratique, son innocuité paraît à peu près complète, car le Dr Colton, à qui l'on doit la réintroduction du protoxyde d'azote, écrivait à *the Lancet* qu'après avoir employé cet agent anesthésique sur plus de 67,000 personnes, il n'avait jamais eu à déplorer d'accidents, et qu'en supputant à peu près le nombre des malades soumis à ce genre d'anesthésie en Amérique, durant ces dix dernières années, on arrive au chiffre énorme de 300,000, sans que l'on ait à déplorer plus de trois cas de mort, imputables à la négligence des opérateurs ou à d'autres circonstances.

Quant aux effets physiologiques et anesthésiques du protoxyde d'azote, que M. Darin expose avec soin, vous les connaissez suffisamment pour qu'il soit inutile de vous les rappeler ici. J'insisterai seulement sur certains inconvénients qui ont probablement empêché les chirurgiens d'expérimenter l'usage du gaz hilariant dans la pratique des opérations. C'est, d'une part, la difficulté de se procurer le protoxyde d'azote en suffisante quantité et, d'autre part, le peu de durée de l'effet anesthésique, qui le rend impropre aux opérations longues.

La première difficulté serait considérablement atténuée, depuis qu'on a utilisé la propriété de liquéfaction du protoxyde d'azote. On arrive, en effet, à l'aide d'appareils d'une grande puissance, à le condenser dans des bouteilles de fer forgé, d'un litre de capacité et contenant 450 litres de gaz, quantité suffisante pour anesthésier une quinzaine de personnes.

Il faudrait renoncer à l'objection relative à la brièveté de l'action du protoxyde d'azote, car le Dr Colton l'a administré dans plus de cent opérations, durant plus d'un quart d'heure; Marion Sims aurait pratiqué des opérations se prolongeant plus d'une heure, et récemment même il aurait fait une ovariotomie ayant duré une heure et demie.

Le Dr Goodville (de New-York), enfin, a entrepris une série d'expériences sur les animaux et sur l'homme, d'où il résulte que le protoxyde d'azote pur et bien administré peut déterminer une anesthésie pendant un temps pour ainsi dire indéfini. Il s'agissait d'amputations, de réduction de luxations, d'extirpations de tumeurs, dans lesquelles l'anesthésie, obtenue au bout d'une minute, se maintenait un temps suffisant, dont le maximum a été de 37 minutes.

Je laisserai de côté l'analyse des opinions diverses émises, soit dans les mémoires originaux, soit dans les discussions académiques, sur la valeur comparée du chloroforme et de l'éther. Il ressort seulement de l'exposé de ces documents que, en Amérique surtout, l'innocuité relative de l'éther est universellement admise et que cette innocuité tend également à être reconnue en Angleterre.

M. Darin demande que cette même question de la valeur comparative des agents anesthésiques soit portée à la tribune de la Société de chirurgie et qu'elle devienne de sa part l'objet d'une enquête sérieuse.

Votre commission n'avait pas le mandat d'entreprendre une tâche aussi longue. Il me semble, cependant, que l'appel fait par M. Darin ne doit pas être méconnu et qu'il serait bon que la Société de chirurgie de Paris, suivant l'exemple des sociétés médi-

cales anglaises, formulât un jugement sur cette importante question. L'emploi du protoxyde d'azote, dont l'innocuité paraît si universellement admise et démontrée, mériterait surtout, à mon avis, d'attirer l'attention de la Société, si l'expérience démontrait que son administration ne présente plus les mêmes difficultés que dans le principe, et que sa durée d'action peut se prolonger assez de temps pour permettre la pratique de véritables opérations chirurgicales.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer les manuscrits de M. Darin dans nos archives.

2° De désigner une commission destinée à étudier expérimentalement l'usage de l'éther et du protoxyde d'azote dans les opérations chirurgicales.

Discussion.

M. Trélat. Il est établi par les expériences de M. Cl. Bernard que l'action du gaz hilariant constitue une véritable asphyxie, dont l'anesthésie est un des symptômes qui ne dure que le temps de l'inhalation du gaz asphyxiant, tandis que l'éther et le chloroforme exercent une influence spéciale, médicamenteuse ou toxique, sur les centres nerveux.

M. Perrin. L'alcool, ainsi que l'éther et le chloroforme, agissent sur les éléments nerveux à la manière des substances toxiques, et cette action n'a rien de commun avec l'asphyxie. Quant au protoxyde d'azote, je partage l'opinion de M. Cl. Bernard, qui attribue à l'asphyxie l'anesthésie que ce gaz produit. Il ne faut donc s'en servir qu'avec réserve. En France, le gaz hilariant n'est encore utilisé que dans l'art dentaire, quand il s'agit de produire un effet transitoire, pour une opération qui dure à peine quelques secondes. Le réveil est si prompt que l'opérateur applique parfois par avance son instrument sur la dent. Les chirurgiens américains pensent qu'on peut demander au protoxyde d'azote des effets plus prolongés ; il ne faudrait s'engager dans cette voie qu'avec une extrême prudence. Horace Wells, qui le premier a cherché à le remettre en honneur, n'a pas eu à s'en louer. Ayant échoué dans la première expérience qu'il fit en public, il fut hué par les assistants, renonça à la chirurgie et finit par se faire montreur de bêtes. Mais bien avant lui, Humphry Davy s'était fait une grande popularité au moyen du protoxyde d'azote, qu'on administrait dans un établissement créé spécialement dans ce but. Mais il y eut des cas de mort, en Angleterre et en France, un entre autre dans le laboratoire de Vauquelin. Je crois cependant que l'appel des chirurgiens

américains doit être entendu et qu'il importe de recueillir des faits en vue du débat qui ne tardera pas à s'ouvrir sur ce sujet.

M. Magitot rappelle les expériences récentes de MM. Jolyet et Blanche, communiquées à la Société de biologie, ainsi que les siennes propres, consignées dans l'article *Protoxyde d'azote* du *Dictionnaire encyclopédique.* Il résulte de ces expériences que le gaz hilariant doit être considéré comme un gaz irrespirable et conséquemment asphyxiant, et qu'il ne possède aucune propriété anesthésique proprement dite. En effet, l'insensibilité obtenue par cet agent est le résultat de l'asphyxie. Il suffit d'avoir assisté une fois à une expérience de ce genre pour être convaincu que l'anesthésie n'apparaît qu'au moment même où se constatent les signes non équivoques de l'asphyxie : l'anxiété, la cyanose de la face, etc.; puis, aussitôt qu'on cesse l'inhalation, les phénomènes se dissipent, sans laisser de trace. Le réveil est aussi brusque que l'anesthésie elle-même.

Quant à la durée de l'insensibilité, qui aurait pu être prolongée au point de permettre une opération longue, telle que l'ovariotomie, un tel résultat ne saurait être, selon moi, réalisé qu'à la condition, non de continuer l'inhalation, pratique éminemment dangereuse, mais de répéter un nombre plus ou moins grand de fois l'administration du gaz, après avoir laissé respirer un moment le malade et donné aux accidents asphyxiques le temps de se dissiper.

M. Giraud-Teulon, depuis un accident sérieux déterminé par le chloroforme, emploie exclusivement l'éther, qu'il administre d'après la *méthode américaine*, de manière à produire la sidération du malade. Il obtient ainsi l'anesthésie très-rapidement, sans réaction de la part du malade, sans altération du pouls ni du facies, et sans anxiété pour le chirurgien : cette méthode consiste à verser sur une compresse trois à quatre onces d'éther, qu'on fait respirer au patient en interceptant tout passage à l'air.

M. Blot appuie la proposition de M. Trélat : le gaz hilariant n'agit qu'en déterminant l'asphyxie. M. Blot a vu une jeune fille, à laquelle on devait arracher une dent, devenir violette, comme les asphyxiés, sous l'influence de ce gaz, et la douleur revenir immédiatement après la cessation des inhalations. Les expériences comparatives qu'il a vu faire, en 1847, dans le service de M. Velpeau, ont donné des résultats inverses de ceux que signale M. Giraud-Teulon : c'est le chloroforme qui a provoqué le moins d'agitation. Il est des individus dont le système nerveux est influencé d'une manière fâcheuse par les anesthésiques, et il n'est point de signe qui permette de prévoir cette disposition. Aussi, la plupart des accidents qui ont eu

une issue funeste sont-ils survenus dès le début des inhalations. Il faut donc procéder avec prudence et graduellement, plutôt que de brusquer les inhalations.

M. Perrin s'élève contre l'appellation de *méthode américaine*, qui n'est autre que la méthode de Bonnet, de Lyon. Ce chirurgien versait l'éther à flots et *foudroyait* ses malades, suivant son expression. Mais il paraîtrait qu'en employant cette méthode, on a eu des morts à Lyon, deux au moins. Pour ce qui est des enfants, avec le chloroforme, non plus qu'avec l'éther, on ne voit leur physionomie s'altérer, ce qui tient à ce que les phénomènes réflexes provoqués par les anesthésiques sont moins marqués chez eux.

M. Trélat. La méthode qui produit la sidération, c'est la méthode asphyxique. Administré lentement, le chloroforme agit comme un médicament, l'éther également, mais avec moins d'énergie. Il faut s'attacher à insinuer, pour ainsi dire, ces agents dans l'économie, et en augmenter graduellement la dose, jusqu'à production de la résolution.

M. Magitot. Les remarques de M. Giraud-Teulon sur l'administration brusque de l'éther suivant une méthode qu'il appelle *sidérante* s'appliquent parfaitement au protoxyde d'azote. C'est, en effet, par une sorte de *sidération asphyxique* que se réalise l'anesthésie par le gaz hilariant. Il ne faudrait pas croire que la simple inhalation dans un ballon plein de gaz puisse amener l'insensibilité. La condition absolue pour la produire consiste à faire pénétrer brusquement dans les voies respiratoires un volume considérable de gaz, soit au moyen d'un ballon comprimé avec force, soit à l'aide de récipients de gaz liquéfié. Une autre précaution indispensable consiste à éviter avec le plus grand soin l'intervention de la moindre quantité d'air mélangé au gaz.

Dans tous les cas, il est imposible de comparer les effets du protoxyde d'azote avec ceux de l'éther et du chloroforme ; car, tandis que ceux-ci sont exactement des agents anesthésiques par action spéciale sur les centres nerveux, le gaz hilariant n'agit qu'en produisant l'asphyxie, c'est-à-dire en laissant descendre la proportion d'oxygène du sang au-dessous du point compatible avec la vie.

M. Magitot s'associe pleinement au vœu exprimé par M. le rapporteur pour la nomination d'une commission chargée d'une enquête sur l'action comparée des agents anesthésiques et leurs applications chirurgicales.

M. Giraud-Teulon ne s'appuie que sur les faits de son observation, qui semblent favorables à l'éther. Une seule fois, dans une

opération d'iridectomie, il a vu un enfant, auquel on faisait respirer de l'éther, changer de couleur. Mais les accidents furent très-passagers.

M. Giraldès. Les effets de l'éther sont très-variables, quelquefois ils sont tardifs, ou même incomplets. Il a été obligé, de guerre lasse, de recourir au chloroforme chez un enfant auquel on avait versé inutilement 200 grammes d'éther. Ce dernier agent provoque parfois plus d'agitation que le chloroforme; il cause une véritable ivresse. Il n'est pas exact de dire que les chirurgiens anglais ont renoncé au chloroforme; ce qui est vrai, c'est que quelques chirurgiens de Londres donnent la préférence à l'éther.

M. Duplay ne croit pas que la question de la valeur comparative des divers agents anesthésiques soit une question jugée. Il y a des faits qui contredisent ceux qui ont été signalés par MM. Jolyet et Blanche. Il n'est point démontré que certains anesthésiques n'agissent qu'en produisant l'asphyxie. La pratique des chirurgiens américains prouve qu'on peut administrer maintenant le protoxyde d'azote d'une manière continue, pendant une heure et demie. Ces faits méritent d'être pris en considération.

Quant à l'éther, peut-être a-t-il une innocuité plus grande. Les Américains le font administrer par un médecin spécial, et c'est seulement quand le malade est anesthésié qu'ils le font porter dans la salle d'opération.

M. Le Fort approuve cette façon de procéder, qui soulage le chirurgien et dégage sa responsabilité. Pour ce qui est du protoxyde d'azote, avec M. de Saint-Germain, il a vu M. Préterre administrer ce gaz à un jeune homme auquel il s'agissait de pratiquer l'opération du phimosis: en quelques instants, l'aspect du malade était devenu effrayant, la face était bleue, noire, turgescente. Du reste, l'anesthésie ne put être prolongée suffisamment.

La Société, adoptant la première conclusion du rapport de M. Duplay, vote des remercîments à M. Darin, et décide que son travail sera déposé aux archives.

Quant à la seconde conclusion du rapport, vu la difficulté de procéder, dans les hôpitaux de Paris, à des expériences comparatives, la Société invite chacun de ses membres à lui apporter les résultats de sa pratique personnelle.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel.

M. Sée.

Séance du 10 mars 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine;

Le *Journal hebdomadaire de Vienne;*

La *Revue de médecine et de chirurgie de Vienne*, publiée par le Dr Karl Bettelheim;

La *Gazette médicale italienne lombarde*, par le Dr Gaëtano Strambio.

M. Le Fort dépose les travaux manuscrits suivants :

1° Observations de *plaies d'artères* démontrant la nécessité de lier les deux bouts, par le Dr Ch. Cras, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de la marine de Brest;

2° *Essais de compression* prolongés pendant deux ans pour la cure d'un *anévrysme inguinal* (renseignements complémentaires d'une observation communiquée précédemment), par le Dr Gallerand, médecin en chef de la marine.

(Commissaires : MM. *Tillaux*, *Lannelongue* et *Verneuil.*)

Anesthésie par le protoxyde d'azote.

M. Magitot demande, à propos de la discussion engagée dans la dernière séance sur les anesthésiques, à présenter quelques observations.

Il rappelle d'abord, au sujet de la prétendue innocuité du protoxyde d'azote, qu'en outre des cas de mort signalés par M. Perrin, il en existe d'autres et de plus récents. On trouve, en effet, dans divers recueils la relation de plusieurs observations dans lesquelles l'autopsie a révélé le véritable mécanisme de la mort.

Voici ces faits :

1° Chez un dentiste de Brooklynn (Etat de New-York), l'anesthésie pratiquée à l'aide du protoxyde d'azote pour une extraction dentaire fut suivie de mort.

L'autopsie permit de constater que les poumons étaient dans un état d'asphyxie, le sang désoxygéné, et l'enquête établit que la

mort était bien le résultat de l'emploi du gaz. (*The medical Press and Circular*, 1872, 30 octobre.)

2° Le 23 janvier, un dentiste d'Exeter appliquait, pour l'extraction d'une dent, le protoxyde d'azote chez une dame (miss Windham), avec l'assistance d'un médecin, le Dr Pattinson. Après les premières inhalations, le pouls devenant faible, l'opération fut suspendue; on voulut pratiquer l'extraction; mais comme la malade réclamait une nouvelle anesthésie, on reprit les inhalations. L'extraction fut effectuée; mais aussitôt la patiente fut prise d'une pâleur livide et, au bout de quelques minutes, elle succomba. L'autopsie révéla tous les signes de l'asphyxie et l'enquête se termina par un procès. Le jury rendit un verdict d'homicide par imprudence (*the Times*, 24 janvier 1873, et *Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie*, 1873, p. 110).

Dans un troisième fait, dont M. Magitot ne parle que pour mémoire, la mort survint encore à la suite de l'application du protoxyde d'azote, mais l'autopsie permit de retrouver dans la trachée un corps étranger, un morceau de bois destiné à maintenir les mâchoires écartées pendant une opération dentaire et qui, dans un mouvement d'inspiration du patient, avait pénétré dans les voies respiratoires. (*British med. Journal*, 1 février 1873, p. 126.)

Il est inutile d'insister longuement pour faire ressortir le caractère des deux premiers faits. On voit que l'autopsie a fait connaître les mêmes phénomènes que dans les expériences physiologiques et ils contribuent à établir la différence fondamentale qui sépare le mécanisme de la mort par les anesthésiques ordinaires, éther ou chloroforme, et celui du protoxyde d'azote : tandis que pour les premiers, l'accident est dû le plus ordinairement à la syncope, il est, pour le gaz hilariant, le résultat invariable de l'asphyxie pure et simple.

Les phénomènes de l'asphyxie ont été, du reste, l'objet, dans les derniers temps, de recherches très-intéressantes et très-complètes. M. Trélat rappelait dans la dernière séance les récentes et si remarquables leçons de M. Claude Bernard. (*Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie*, professées au Collége de France, Paris, 1875.) Il convient d'en rapprocher les travaux de M. P. Bert (*Recherches expérimentales sur l'influence de la pression barométrique dans les phénomènes de la vie*, Paris, 1874) et ceux de MM. Budin et Coyne. Il résulte plus particulièrement de ces dernières que, lorsqu'on étudie expérimentalement l'asphyxie, il survient un moment où les animaux sont insensibles. Si l'on fait alors l'analyse du sang, on trouve que la proportion d'oxygène est descendue à 3 ou 2 volumes 0/0. A cette période, les animaux peuvent être piqués ou pincés sans manifester aucune douleur.

C'est la *période anesthésique* de l'asphyxie. Si l'on prolonge l'expérience, l'insensibilité persiste et il survient un nouveau signe, sur lequel M. Bert insiste particulièrement : c'est la *dilatation pupillaire*. A ce moment l'analyse du sang ne donne plus que 2 à 1 volume d'oxygène. Enfin, lorsque la proportion d'oxygène est descendue à un volume ou 0,5 0/0, les animaux succombent. Ce signe tiré de la dilatation pupillaire est donc très-intéressant à noter et il pourrait constituer un point de repère, qu'il ne faudrait pas toutefois atteindre ni surtout dépasser dans les circonstances où l'on voudrait appliquer chirurgicalement l'anesthésie asphyxique du protoxyde d'azote ou de tout autre gaz irrespirable.

Rapports.

M. Tillaux présente un rapport verbal sur le travail suivant :

Luxation complète de l'astragale. — Réduction avec le caoutchouc. — Guérison.

Par M. Th. Anger.

Il y a 8 ans, mon regrettable ami Legros et moi présentâmes à la Faculté de médecine un mémoire sur les tractions continues et leur application en chirurgie.

Un chapitre de ce travail était consacré aux luxations, que nous proposions de réduire à l'aide de tractions avec le caoutchouc. Ce procédé, depuis lors, a fait ses preuves : il n'y a pour ainsi dire pas de jour que les internes, dans nos hôpitaux, n'emploient ce moyen pour réduire les luxations qui se présentent dans l'intervalle des visites. Et ce n'est pas seulement aux luxations récentes qu'il est applicable : pour ma part, j'ai réduit des luxations de l'épaule vieilles de 25 et 35 jours, des luxations du coude datant de trois semaines. Mais jusqu'à l'année dernière, l'occasion ne s'était pas offerte de tenter par ce procédé la réduction de luxations réputées difficiles ou rebelles, telles, par exemple, que les luxations de l'astragale. C'est sur un fait de ce genre que je viens appeler l'attention de la Société de chirurgie.

Obs. — Le 6 octobre 1874, on apporta à l'hôpital Beaujon le nommé Ronceret (Louis), âgé de 22 ans, garçon épicier. Cet individu descendait à reculons les marches d'un escalier, en train de diriger et de maintenir une barrique d'huile que l'on descendait dans une cave, lorsque tout à coup cassa la corde qui retenait le baril. Poussé par cette masse énorme, il roula jusqu'au bas de l'escalier, sans avoir pu se rendre un compte exact de la chute. L'escalier étant à claire-voie, il est probable que le pied fut surpris et retenu entre deux marches, tan-

dis que le tronc et avec lui la jambe exécutaient sur ce pied immobilisé un mouvement d'adduction et de rotation forcées. Toujours est-il que ce garçon ne put se relever et dut aussitôt se faire transporter à l'hôpital

Là, les internes constatèrent l'existence d'une luxation de l'astragale, prirent un moule du membre et se mirent en devoir de réduire l'os déplacé. Voyant leurs efforts infructueux, ils m'envoyèrent chercher, jugeant avec raison qu'à la visite du lendemain, la peau qui recouvrait l'astragale serait infailliblement perforée ou tout au moins mortifiée.

J'arrivai auprès du blessé cinq à six heures après l'accident. Le gonflement inflammatoire était peu considérable et permettait de reconnaître à première vue une luxation de l'astragale. Le pied, dans son ensemble, était porté dans une adduction exagérée, telle qu'on l'observe dans le varus.

En avant, sur la face dorsale du pied, la peau, énormément distendue, se moulait, pour ainsi dire, sur les saillies osseuses de l'astragale. La tête et le col de cet os étaient placés au-dessus et en dehors du cuboïde, à peu près au niveau de l'articulation cunéo-cuboïdienne. Puis venait la poulie astragalienne, dont le bord externe menaçait de perforer la peau. En arrière de cette poulie, le doigt, en déprimant les tissus, rencontrait le bord antérieur de la mortaise tibio-péronière.

Le sommet de la malléole interne était caché au fond d'un pli et surmonté d'un bourrelet cutané correspondant à la petite apophyse du calcanéum, qui avait pris la place de l'astragale et s'était mise en contact avec la mortaise tibio-péronière.

Le tendon d'Achille, en arrière, était coudé en dedans, à cinq centimètres au-dessus de son insertion.

En dehors, la malléole externe faisait une saillie considérable, au-devant de laquelle l'astragale dessinait lui-même ses protubérances. Cet os, chassé de sa cavité, était donc venu se placer au devant et un peu en dehors de la mortaise tibio-péronière, sur la face dorsale et externe du pied, qui lui-même s'était trouvé rejeté en dedans, sa face plantaire regardant en dedans et son bord externe devenant inférieur.

Les mouvements volontaires du pied étaient à peu près nuls. Les mouvements de flexion et d'extension imprimés par la main étaient très-limités et très-douloureux. L'abduction était impossible, mais l'adduction, déjà si marquée, pouvait être augmentée sans grande douleur.

Après avoir bien constaté qu'il s'agissait d'une luxation complète de l'astragale en avant et en dehors, luxation souvent irréductible, je ne crus pas devoir renouveler les tentatives faites par les internes et je songeai immédiatement à tenter l'application de mon procédé.

Le malade étant étendu horizontalement sur son lit, je passai sous la cuisse une alèze pliée en cravate, dont les chefs, noués et fixés solidement aux barreaux de la tête du lit, devaient opérer la contre-extension.

Pour fixer mes lacs extenseurs en caoutchouc sur le pied, je taillai de longues lanières de sparadrap, qui furent enroulées en 8 de chiffre : les anses postérieures embrassaient le talon, les anses antérieures em-

brassaient l'avant pied et toutes se croisaient sous la plante du pied. Au niveau de leur entre-croisement sous la voûte calcanéenne, je fixai de forts tubes de caoutchouc que j'attachai d'autre part à la tringle en fer qui occupe le pied du lit. La tension de ces tubes n'a pas été mesurée; on peut l'estimer approximativement à une force de 15 à 20 kilogr.

Sous l'effort de cette traction modérée, le pied, qui était dans l'adduction forcée, se redressa peu à peu. Au bout de dix à douze minutes environ, sentant que la résistance musculaire était épuisée, je me plaçai en dehors du membre; puis, saisissant d'une main l'extrémité inférieure de la jambe, de l'autre la plante du pied, j'appuyai le genou sur l'astragale, qui, sous un effort modéré, rentra brusquement dans sa cavité, en faisant entendre le bruit caractéristique.

La luxation était complétement réduite, ce dont il fut facile de s'assurer en imprimant au pied tous ses mouvements physiologiques

Les suites furent des plus simples. La tuméfaction qui survint les jours suivants disparut peu à peu. Le malade eût pu quitter l'hôpital dès le dixième jour, s'il ne s'était formé une petite eschare superficielle là où la peau avait été distendue outre mesure par la tête de l'astragale. La cicatrisation de cette petite plaie retint ce garçon à l'hôpital jusqu'au 2 novembre. Je l'ai revu ces jours derniers: il marche aisément et fournit sans fatigue d'aussi longues courses qu'avant son accident.

M. Tillaux, tout en félicitant M. Th. Anger de son succès, estime que son procédé ne donnera pas toujours des résultats aussi favorables, attendu qu'il y a des luxations de l'astragale qui se réduisent facilement et d'autres qui sont irréductibles.

Il propose d'adresser des remercîments à l'auteur et d'insérer son observation dans les bulletins de la Société. Ces propositions sont acceptées.

Communications.

M. Panas communique les faits suivants :

Procidence de l'utérus opérée par la méthode de Sims.

Obs. I. — *Chute de l'utérus; opération de Sims; guérison.*

Elisa R..., déménageuse, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 2 juillet 1872, est une femme vigoureuse, qui n'a jamais été malade; elle a eu deux grossesses normales, la dernière en 1863. Procidence de la matrice produite par un effort, trois jours après cet accouchement, et s'accompagnant de maux de reins et besoins fréquents d'uriner.

En 1867, nouvel effort, à la suite duquel le prolapsus devient complet. La malade, continuant son travail, ne faisait rien pour le réduire. Menstruation très-irrégulière ; leucorrhée très-abondante dans les intervalles des règles. Un pessaire en caoutchouc, appliqué il y a 18 mois, n'a pu être porté que deux heures.

État actuel. Pâleur de la face, amaigrissement, douleurs de reins et envies fréquentes d'uriner, rendant tout travail impossible.

Utérus saillant hors du vagin ; col volumineux, rouge ; large exulcération grisâtre et saignante au pourtour de l'orifice utérin par lequel coulent en abondance des mucosités blanchâtres et gélatiniformes. Parois vaginales dures, grisâtres, sèches et ressemblant à de la peau parcheminée.

Longueur de la cavité utérine, mesurée à l'aide de l'hystéromètre : 11 centimètres.

Réduction de l'utérus facile, mais provoquant une gêne notable.

Opération. Avivement de la muqueuse vaginale (paroi antérieure) suivant deux lignes qui convergent vers l'orifice uréthral et se rapprochent un peu au-dessus de lui, en forme de V à base supérieure et à sommet tronqué. Deux petites lignes d'avivement, partant des extrémités supérieures de ce V, se dirigent vers la ligne médiane, sans se rejoindre. Quatorze points de suture métallique ont réuni les côtés opposés du triangle. Après cette réunion, le vagin est divisé en deux canaux distincts, l'un postérieur formé par le vagin proprement dit, l'autre antérieur, compris entre les surfaces avivées et réunies et servant, supérieurement, de point d'appui au col utérin replacé dans sa position normale.

L'opération, faite sans chloroforme, a duré 2 heures et demie et a été peu douloureuse.

Aucun accident, ni primitif, ni consécutif.

7 *août.* Les points de suture inférieurs ont cédé ; les supérieurs ont eu un succès complet et la réduction de l'utérus s'est maintenue.

30 *août.* La malade se lève sans qu'il y ait tendance à la reproduction de la procidence ; les parois vaginales ont repris l'aspect muqueux ; leucorrhée moins abondante. Retour des forces et de l'embonpoint.

15 *septembre.* Exeat.

Cinq jours après sa sortie de l'hôpital, la malade eut une perte abondante ; séjour au lit pendant huit jours. Puis grossesse et fausse couche de cinq mois et demi environ.

Néanmoins la procidence ne se reproduit pas. La malade, qui travaille de son métier, a été revue en 1873 et en 1874 : sa guérison s'est maintenue.

Obs. II. — *Chute de l'utérus ; opération de M. Sims ; amélioration.*

L..., âgée de 54 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 3 juillet 1874. Réglée à 16 ans et demi, elle a eu un seul enfant, à l'âge de 24 ans. Depuis lors, menstruation très-régulière.

Etat actuel. Chute de l'utérus ; le museau de tanche se voit à la vulve. Cette procidence, que la malade attribue à une chute qu'elle fit il y a quatre ans, remonte à deux ans seulement.

Opération le 19 juillet, d'après le procédé de Marion Sims ; on fait neuf points de suture.

La suture échoue, mais la rétraction consécutive produit le froncement de la muqueuse vaginale, qui suffit pour amener une guérison

presque complète. Absence complète de fièvre. Un tampon d'ouate est appliqué chaque jour à l'entrée du vagin pour s'opposer à la chute de l'utérus.

2 *septembre*. Exeat. La matrice ne descend plus ni dans la marche, ni au moment de la défécation ou de la miction, bien qu'il reste un certain degré de cystocèle. Un pessaire américain est appliqué pour maintenir l'organe en place.

Il y a plusieurs années déjà que des opérations du même genre ont été proposées et pratiquées contre la chute de l'utérus, par Jobert de Lamballe et par d'autres encore. Les résultats obtenus ont dû toutefois être peu satisfaisants, à en juger par l'oubli dans lequel ces divers procédés sont tombés, au moins en France.

Marion Sims, partant de l'idée que toute chute de l'utérus était précédée du relâchement de la paroi antérieure du vagin, avec cystocèle, conçut le projet de s'opposer à l'issue de l'organe à travers l'anneau vulvaire en excisant, puis en suturant verticalement la paroi vaginale ainsi relâchée.

C'est le procédé de Sims que j'ai appliqué dans les deux cas rapportés ci-dessus, à cette différence près que, sur ma seconde malade, j'ai supprimé l'excision horizontale, ou de la base du triangle, me contentant de deux excisions obliques latérales.

Dans le premier de ces deux cas, la réussite a été complète, et le résultat définitif n'avait pas changé au bout de deux années et demie, quoique la malade ait eu dans l'intervalle une grossesse et une fausse couche avancée.

Dans le second cas, les points de suture n'ont pas tenu, je n'ai obtenu qu'une amélioration notable, preuve que l'excision et la rétraction cicatricielle de la paroi vaginale ne suffisent pas, mais qu'il faut à tout prix obtenir la réunion par suture des lèvres d'avivement suivant l'axe du canal vaginal.

La discussion de la communication de M. Panas est renvoyée une prochaine séance.

M. Périer, candidat à une place de membre titulaire, lit une observation qui a pour titre :

Ablation du sein par la ligature élastique, chez une femme de 84 ans.

Commissaires : MM. *Polaillon*, *Trélat* et *Tillaux*.

Élections.

La Société procède au scrutin pour la nomination d'une *commission* chargée d'examiner les titres des *candidats à la place vacante de membre titulaire.*

Sont nommés commissaires : MM. Nicaise, Paulet et Duplay.

Présentation d'un malade.

Pseudarthrose du radius gauche.

M. Demarquay présente un jeune homme qui, pris dans un engrenage, fut atteint de fractures multiples des deux membres supérieurs, fractures qui se sont consolidées toutes, sauf une fracture du radius gauche, qui a laissé une pseudarthrose, due probablement à l'interposition d'une portion d'aponévrose entre les extrémités des fragments. M. Demarquay a proposé au blessé d'aviver les fragments et de pratiquer la suture osseuse. Mais le jeune homme, qui a pu reprendre son travail, s'y est obstinément refusé.

MM. Perrin et Paulet disent avoir observé des cas analogues.

Présentation d'instruments.

Ceinture orthopédique.

Le Dr P. Bouland présente une *ceinture orthopédique*, destinée à maintenir pendant la station verticale l'extension qu'on peut déterminer, dans les cas de scoliose dorsale très-avancée, lorsque le sujet, étendu horizontalement, est soumis à une forte traction ; ce résultat, M. Bouland l'a obtenu sans béquillons, ni crosses axillaires, ni plastron, en laissant la poitrine libre de toute contrainte et les épaules dégagées. La puissance, dans cet appareil, est représentée par une crémaillère fixée à l'extrémité supérieure d'une large bande de cuir garnie d'acier qui s'applique sous la gibbosité, en suivant les inflexions de la colonne vertébrale, et qui fait corps avec une ceinture pelvienne.

Cet appareil, appliqué chez un jeune homme scoliostique au plus haut degré, a produit un redressement très-marqué, avec un allongement du buste de près de 10 centimètres, sans soulèvement des épaules.

Présentation de pièces.

Angio-lipôme avec phlébolites.

M. Tillaux présente une tumeur qui s'était développée, à la suite d'une chute, sur l'avant-bras droit d'une petite fille de 12 ans. Cette

tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon ; elle était mobile sous la peau, mais adhérait au muscle fléchisseur superficiel des doigts. De consistance molle, comme lipomateuse, elle présentait des noyaux d'une dureté pierreuse. Elle gênait beaucoup la malade, qui ne pouvait plus écrire, et avait produit une atrophie notable des muscles de l'avant-bras.

M. Tillaux diagnostiqua un angio-lipôme avec phlébolithes, et se décida à en pratiquer l'extirpation. Ayant appliqué sur l'avant-bras la bande d'Esmarch, il vit la tumeur disparaître presque complétement, au point que, sans les noyaux durs qu'elle contenait, il eût été assez difficile de la retrouver. Elle était développée dans l'épaisseur du fléchisseur superficiel, étalé à sa surface ; pour l'enlever, il fallut disséquer le nerf médian, appliqué à sa face profonde.

On peut constater qu'il s'agissait d'une tumeur érectile, mélangée de graisse, avec des phlébolithes volumineux.

Une tumeur analogue, développée également sur l'avant-bras, a été trouvée par Nélaton dans le muscle rond pronateur. Quant aux concrétions dures, M. Tillaux en a rencontré fréquemment de semblables dans les veines du plexus de Santorini : ce sont des masses calcaires, formées de couches concentriques.

M. Tillaux pense que le pronostic de cette lésion est grave ; d'autant que la malade porte sur le devant de la poitrine une large plaque télangiectasique.

M. Trélat ne croit pas que cette dernière circonstance ajoute à la gravité de la lésion de l'avant-bras. Il a observé trois fois des tumeurs analogues à celle que présente M. Tillaux : ce sont des angiomes purs, en voie de régression. Elles sont signalées dans la thèse de M. Monod, et M. Duplay en a enlevé une dernièrement. L'avant-bras est leur siége de prédilection ; elles se développent sous l'aponévrose ou dans l'épaisseur des muscles, chez les jeunes sujets, jusque vers 25 à 30 ans. Elles sont remarquables par leur bénignité, par leur tendance à rester stationnaires ou à rétrograder.

M. Tillaux, en portant un pronostic grave, n'a pris en considération que l'étendue des dégâts produits par l'opération, la dénudation des tendons, celle du nerf médian. Quant à la dilation des veines du thorax, cette plaque angiectasique, large comme la main, l'eût peut-être fait hésiter à pratiquer l'opération, s'il en eût connu l'existence.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

M. Sée.

Séance du 17 mars.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine ;

Les *Annales de l'Université de Toscane*, tomes XII et XIII ;

Les *Comptes Rendus* de la commission des maladies régnantes faits à la Société médicale des hôpitaux, par le Dr Ernest Besnier.

M. Verneuil offre, de la part du Dr Terrillon, une brochure intitulée : *Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques.*

M. Larrey fait hommage : 1° au nom du Dr Guillemin, d'un manuel intitulé : *les Bandages et les Appareils à fractures ;* 2° en son nom personnel, du premier fascicule du tome XXXe des *Mémoires de l'Académie de médecine.*

Rapports.

1° M. Duplay fait un rapport verbal sur l'observation suivante :

Trépanation du crâne faite pour une fracture de la voûte sans plaie communicante ; guérison complète,

Par le Dr Lucas-Championnière.

Obs. — Th..., homme de 24 ans, est ramassé sans connaissance, rue de Ravignan, dans la nuit du 15 au 16 novembre 1874. On l'apporte à l'hôpital de Lariboisière, salle Saint-Ferdinand, n° 4, où il reste plongé dans un état comateux.

Je le vois pour la première fois le jeudi 19 novembre, à la visite de M. Panas. Il est dans un état de stupeur dont on ne le tire guère. Il présente une large ecchymose autour de l'orbite, à gauche ; en écartant les paupières, on voit aussi une petite ecchymose sous-conjonctivale. Aucun écoulement par l'oreille. Sur la partie latérale gauche du crâne, au voisinage de la bosse pariétale, est une petite plaie contuse ne comprenant que la peau et bien réunie. Cet homme présente une paralysie limitée au bras droit ; même les muscles de l'épaule ne sont pas pris. En l'excitant, on voit que la sensibilité est partout conservée.

Le pouls est régulier, entre 68 et 76. Dès qu'on cesse d'exciter le blessé, il retombe dans la stupeur.

Le 20 novembre, je constate un état analogue ; la stupeur paraît augmenter plutôt que diminuer (ventouses scarifiées à la nuque).

Dans la soirée du même jour se produit un accès épileptiforme ; d'après l'interne du service, les convulsions auraient été d'abord limitées au membre supérieur droit.

Le 21 novembre, dans la matinée, il se produit deux accès convulsifs ; j'en vois un qui est bien généralisé ; il y a d'assez grand mouvement des membres, raideur de la nuque, *mouvement de totalité du bras droit* paralysé ; il est secoué par les muscles de l'épaule, sans contraction aucune des muscles du bras et de l'avant-bras. Les secousses dans les deux membres inférieurs sont identiques ; la face est pâle, la stupeur est manifestement augmentée (nouvelle application de ventouses à la nuque ; je recommande de les faire saigner abondamment).

Le soir, la stupeur est plus grande ; température dans l'aisselle 36°7 ; la journée se passe sans accès ; mais ils se renouvellent dans la soirée, et toute la nuit les attaques se reproduisent presque sans interruption.

En faisant la visite le dimanche matin, 22 novembre, j'en vois trois. Elles sont bien généralisées ; il y a de l'écume à la bouche ; l'état comateux est plus profond, la sensibilité est fort obtuse, la respiration s'embarrasse. Le pouls est petit et faible, à 72° ou 76. La température est à 35°8. Il est manifeste que le blessé succombera très-rapidement.

Je prie mon excellent maître M. Tillaux de l'examiner ; il veut bien approuver la détermination d'opérer, dont je lui expose les motifs. Il considère, du reste, que le cas offre peu de ressources.

Sans donner de chloroforme, je fais une incision au niveau de la plaie cutanée réunie. Je trouve au fond, sur l'os, une fente ; je rugine un peu, car le périoste n'est point décollé, et je trouve, en avant, un foyer de fracture par enfoncement, mais sans grande dépression. Une incision en demi-T le découvre et j'applique une couronne de trépan au-dessus, c'est-à-dire en peu un avant et en dehors, sur l'angle postérieur interne du pariétal gauche.

N'ayant pu relever les fragments, je les enlève avec un davier. J'égalise avec cet instrument, à défaut d'autres, les bords de l'excavation osseuse. Puis je trouve, au-dessous d'un épanchement sanguin peu abondant, fixée sur la dure-mère, une esquille plate, d'un centimètre et demi environ et je l'extrais avec quelque peine.

J'explore le fond de la plaie et ne trouve plus que la dure-mère bien libre de compression ; les battements du cerveau se voient très-bien. Je ne trouve pas de déchirure très-étendue de la dure-mère. Je lave sa surface avec une solution contenant :

Eau	900 grammes.
Alcool........................	100 —
Acide phénique................	15 à 20 grammes.

J'applique une boulette de cire sur un point du diploé qui saignait.

Je place sur la plaie un linge fin imbibé du liquide ci-dessus, puis une série de plumasseaux de charpie imbibés de même ; puis une couche d'ouate par-dessus ; puis un taffetas ciré ; puis une bande qui sera remplacée par un bonnet de femme. Le même pansement a été renouvelé chaque matin jusqu'au 30 décembre.

L'opération a été terminée à midi et demi ; je revois le blessé à 6 heures du soir: il n'a plus eu une seule attaque convulsive. Il est toujours dans la stupeur, mais *on a pu lui faire avaler* un peu de liquide, ce qu'il avait été impossible de faire avant l'opération. Température 36°4.

Le lendemain dans la matinée, la stupeur a diminué, la déglutition se fait aisément. Il y a eu seulement dans la nuit deux attaques convulsives très-courtes. Il y en a encore une, de quelques minutes, dans la journée, puis elles ne se renouvellent plus.

Chaque jour l'amélioration va se prononçant.

La paralysie du bras droit persiste jusqu'au jeudi 26 novembre, jour où elle a disparu. Le même jour aussi, la stupeur ayant diminué peu à peu, le blessé semble reconnaître ses parents ; il indique par des signes de tête qu'il va bien. Mais, malgré des efforts manifestes pour parler, jusqu'au 6 décembre il ne peut articuler aucune parole. A la visite, il prononce assez nettement *oui* ou *non*. Le lendemain il dit *vais mieux*. Puis il fait chaque jour des progrès ; il parle bien aujourd'hui, quoiqu'il cherche quelquefois manifestement ses mots.

L'intelligence s'est rétablie progressivement, de telle sorte qu'à la fin du mois de décembre, il s'occupait dans le service. La mémoire s'est rétablie, sauf pour tous les faits de la soirée où il a été blessé. Il est assuré qu'il n'était pas gris.

Aujourd'hui ses forces sont bien revenues ; il marche bien. Il n'a pas de troubles des sens. La plaie de l'opération laisse une cicatrice triangulaire ; il suinte encore quelques gouttes de pus. J'ai évité de l'explorer trop profondément.

La lecture, impossible jusqu'au commencement de janvier, est devenue facile. Le malade lit et écrit.

J'ai été amené à inciser la peau du crâne, puis à appliquer le trépan dans ce cas par la considération des faits suivants :

Paralysie du bras droit ;

Plaie contuse des téguments épicrâniens à gauche ;

Accidents épileptiformes ;

Aggravation des accidents, abaissement de température.

Les accidents épileptiformes surtout avaient attiré mon attention et j'ai fait l'incision avec l'idée qu'il pouvait exister une fracture de la table interne, le fragment irritant les méninges et le cerveau.

La fracture avec enfoncement n'était pas appréciable à travers les téguments.

L'amélioration immédiate et la disparition des accidents épilep-

tiformes, puis de la paralysie ont confirmé la réalité de cette action.

L'évolution rétrograde de l'aphasie a été très-curieuse.

Aucun trouble n'a entravé la guérison, une seule fois la température s'est élevée brusquement le septième jour, sous l'influence de l'ingestion d'une part de haricots, preuve thermométrique de la gravité des écarts de régime lors des plaies de tête.

Le pansement appartient à la famille des pansements antiseptiques. J'ai eu recours à des pièces de pansement autres parce que je ne disposais pas de celles recommandées par M. Lister. Mais c'est bien sa méthode qui a été appliquée; il est d'autant plus légitime de lui attribuer une grosse part du succès qu'à cette époque l'état sanitaire des salles était fort mauvais. Les pansements antiseptiques ont été récemment recommandés pour le trépan par M. Sédillot.

La courbe de température présente des faits extrêmement curieux : d'abord l'abaissement extrême de la température avant l'opération. Puis il est bien remarquable que, d'une manière générale, la température a été plus basse le soir que le matin, à l'inverse de ce que l'on observe chez la plupart des opérés. Je désire surtout noter ce fait, parce que j'aurai l'honneur d'entretenir la Société prochainement de faits analogues, et d'attirer son attention sur l'importance d'un phénomène qui ne me paraît pas avoir été signalé.

Quoiqu'il ne faille pas attacher trop d'importance à un cas isolé de succès, je crois que cette observation apporte un argument de plus en faveur de l'opinion, défendue par beaucoup de chirurgiens, qu'il serait bon de revenir au trépan, par trop abandonné de nos jours.

Il semble inutile de reprendre les indications du trépan *modéré*, qui ont été bien formulées dans cette Société, où MM. Larrey et Le Fort les ont complétement discutées il y a quelques années. Plus récemment, à l'Académie des sciences, M. Sédillot a fait une importante communication pour réhabiliter cette opération. A l'étranger, en Angleterre et en Amérique, l'opération est beaucoup mieux acceptée qu'en France. Les indications de l'encyclopédie de Holmes sont peu nettes; mais celles du livre de Gross sont très-bien développées.

En analysant les publications des chirurgiens américains pour les guerres de la sécession, les plus considérables sur le sujet, nous trouvons 229 cas de trépanation, ayant donné 102 guérisons. Dans ces cas sont compris 26 cas relatifs à des traumatismes non par armes à feu, ayant donné 14 morts, 3 guérisons non suivies, 4 guérisons complètes, 5 guérisons avec infirmités.

La lecture de ces observations trop courtes est instructive. Elle nous apprend que les partisans du trépan l'appliquent peu pour

un épanchement sanguin supposé, mais surtout pour les corps étrangers, fractures avec enfoncement, fractures de la table interne.

Elle nous apprend la grande valeur des convulsions épileptiformes comme signe de l'irritation produite par une esquille ou un corps étranger, ce qui corrobore les faits rapportés par M. Sédillot, les faits de M. Broca (en 1866 j'avais suivi son malade et assisté à l'opération).

J'y ai remarqué un fait important sur la valeur duquel je n'ai pas vu insister : la déglutition, impossible avant l'opération, devenant possible dès que le corps irritant l'encéphale a été enlevé.

On peut voir dans les observations que les opérés ne meurent guère du trépan, mais de lésions primitivement établies, fait bien connu des auteurs anciens et de ceux des contemporains qui ont appliqué le trépan.

On pourrait conclure de toutes les lectures et du fait que nous avons eu l'honneur d'exposer, qu'il est légitime d'admettre l'abstention toutes les fois qu'aucune complication ne surgit à la suite d'un traumatisme du crâne; encore faut-il faire quelques réserves :

Que le trépan, la perte de substance du crâne ont des conséquences moins graves que l'on ne veut bien l'imaginer; que les convulsions épileptiformes jouent un grand rôle dans la manifestation d'une irritation cérébrale directe, mais qu'il faut soigneusement distinguer les convulsions primitives des consécutives, et tenir un grand compte des signes concomitants.

Quant à la gravité de la trépanation dans les hôpitaux, bien des faits autorisent à dire qu'elle a été fort exagérée. Mais l'indication donnée, d'après le professeur Lister, par M. Sédillot paraît excellente à tous égard. Depuis que j'ai eu l'honneur de suivre, en 1868, le service de M. Lister, j'avais projeté d'appliquer les principes de sa méthode à la première trépanation que je ferais. On pourrait avoir des pièces de pansement plus commodes que celles que j'ai employées.

Enfin j'ajouterai encore que, dans les cas douteux, une incision exploratrice peut être de la plus grande ressource et peut être employée sans grand inconvénient, surtout si on pratique un pansement analogue à celui que j'ai indiqué.

En suivant ces données, on interviendrait plus souvent lors des traumatismes du crâne, et on interviendrait surtout rapidement, plus rapidement après le début des accidents que je n'ai osé le faire cette fois, par conséquent avec plus de chances de succès.

M. Duplay, en insistant sur l'heureux résultat obtenu par la trépanation, fait observer que ce succès est de nature à engager les chirurgiens à revenir à une opération trop négligée depuis que

Malgaigne l'a frappée de réprobation. Il attire également l'attention sur les études thermométriques faites chez ce blessé, dont la température baissait vers la fin de la journée, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des lésions chirurgicales.

M. Duplay ne partage pas l'enthousiasme de l'auteur pour le mode de pansement qui a été mis en usage; il pense qu'on eût pu obtenir le même résultat en se servant de moyens différents.

M. Larrey fait remarquer que la Société tout entière est dans les mêmes sentiments ; il ajoute que ses propres recherches l'ont conduit aux mêmes conclusions que le rapporteur.

Conformément à la proposition de M. Duplay, la Société décide que le travail de M. Lucas-Championnière sera inséré dans les bulletins.

2° M. de Saint-Germain, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Ledentu et Polaillon, lit un rapport sur une note intitulée :

Opération de la trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant, à un mois d'intervalle. — Guérison.

Par le docteur Ch. Périer.

Obs. — Le nommé R..., âgé de 5 ans, d'une bonne santé habituelle, fut pris, le 17 novembre 1873, d'accidents du côté du larynx. La nature de ces accidents et la présence de fausses membranes sur les amygdales ne laissèrent aucun doute sur l'existence du croup. A la raucité de la voix se joignit rapidement une suffocation qui devint continue et alla en augmentant, à ce point que 48 heures après l'apparition des premiers symptômes, malgré trois vomitifs et l'emploi de l'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe, l'enfant était arrivé au dernier degré de l'asphyxie.

Appelé dans la nuit du 18 au 19, je trouvai le petit malade dans la stupeur ; la respiration, extrêmement difficile, était accompagnée de sifflement laryngo-trachéal; face pâle, lèvres décolorées, extrémités froides, insensibilité.

La trachéotomie, pratiquée immédiatement, produisit un écoulement sanguin abondant, qui cessa aussitôt que la canule fut introduite ; mais la respiration fut longue à se rétablir et à se régulariser.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le cubèbe fut continué et nous insistâmes pour l'alimentation.

L'enfant ne rendit pas de fausses membranes ; mais pendant 48 heures, le deuxième et le troisième jour après l'opération, la canule fut fréquemment obstruée par des mucosités visqueuses très-adhérentes ; mais dès le quatrième jour, l'expectoration devint facile.

Toutes les conditions paraissant favorables, la canule fut enlevée, après 5 jours pleins, et l'orifice fistuleux se ferma rapidement. La

respiration, encore bruyante dans les premiers jours, devint bientôt normale et dès le commencement de décembre la guérison put être considérée comme parfaite.

Le 10 décembre, on me fit appeler de nouveau pour constater un phénomène apparu depuis trois ou quatre jours, Il s'agissait d'un cornage assez prononcé qui, pendant les mouvements de l'enfant, s'aggravait et s'accompagnait de dyspnée ; la nuit ce cornage devenait effrayant, le sommeil était troublé, l'enfant se réveillait très-souvent en sursaut. Malgré l'emploi des révulsifs et des fumigations, les accidents augmentèrent.

Asphyxie lente et progressive arrivée à un degré très-menaçant ; cyanose, inspirations bruyantes et très-prolongées, accompagnées d'un tirage très-prononcé ; voix presque éteinte. Le murmure vésiculaire n'était plus perceptible, on n'entendait dans toute la poitrine que le râle trachéal. En auscultant la trachée avec un stéthoscope à bout très-étroit, on percevait un souffle très-rude, prononcé surtout à l'inspiration, et ayant un maximum très-net au niveau même de la cicatrice laissée par l'opération.

Tout indiquait un obstacle mécanique au passage de l'air, siégeant au niveau de la cicatrice. On ne pouvait songer à un rétrécissement cicatriciel. Les rétractions cicatricielles ne se font pas d'habitude aussi rapidement, l'incision avait été faite exactement sur la ligne médiane, la canule n'avait pas séjourné plus de 5 jours, il n'y avait eu aucun travail ulcératif apparent, en un mot, la plaie s'était trouvée dans les conditions ordinaires. Autour de la trachée tous les tissus étaient souples, il n'y avait aucun indice d'une compression du dehors en dedans. Il nous sembla probable que l'obstacle était dû à un bourgeonnement de la plaie du côté de la trachée, bourgeonnement qui semblait s'être fait avec une certaine régularité, puisque les troubles fonctionnels avaient toujours été en s'accroissant, n'avaient présenté d'exacerbation que sous l'influence de causes accélératrices du mouvement respiratoire, qu'il n'y avait pas eu d'accès proprement dits.

Devant l'imminence du danger, la première indication était de combattre l'asphyxie en ouvrant la trachée. Il fallait ensuite en prévenir le retour en détruisant l'obstacle à la respiration.

Je pratiquai donc une incision directement sur la cicatrice, et j'arrivai facilement dans la trachée, après avoir traversé une couche unique mais épaisse d'un tissu cicatriciel très-peu vasculaire. L'incision n'avait donné lieu qu'à un faible écoulement sanguin, mais je dus l'agrandir par en bas, en raison de son insuffisance.

L'intérieur du conduit aérien n'avait rien de remarquable, et pendant les mouvements d'expiration, on ne voyait rien s'engager dans l'ouverture de la plaie.

J'aurais pu, avec des pinces, essayer d'extraire ou d'écraser au hasard quelques bourgeons charnus, persuadé que j'étais de leur existence ; mais comme ces tentatives ne laissaient pas que d'être dangereuses et que même en cas de succès elles n'auraient pas ga-

ranti contre leur repullulation, je crus prudent de ne point explorer davantage et de placer de suite une canule à demeure. D'ailleurs l'enfant, aussitôt qu'il sentit sa respiration libre, devint absolument indocile.

Le soulagement fut complet. Le petit malade ne tarda pas à s'occuper activement de ses jouets et à vouloir se lever. La nuit fut très-bonne, et comme il ne survint aucune réaction fébrile, il se leva le lendemain matin et reprit depuis ce moment ses jeux habituels. Ce même jour, 24 décembre, une canule à soupape permit aussitôt à l'enfant de parler. Pendant les premiers jours, il y eut un peu de gêne dans la phonation, parce qu'une partie de l'air respiré s'échappait avec bruit par la plaie en passant autour de la canule, mais il n'en était pas moins évident que l'obstacle ne siégeait pas dans le larynx.

Les tentatives d'examen laryngoscopique ne donnèrent aucun résultat, non plus que l'exploration à l'aide d'un miroir du diamètre de la canule.

Le 11 janvier 1874, 19 jours après la nouvelle opération, le petit malade paraissant en parfaite santé, nous enlevâmes la baïonnette qui supportait la soupape, et nous mîmes un bouchon de liége dans l'orifice externe de la canule. La journée fut assez bonne; cependant vers le soir, la respiration étant devenue pénible, le bouchon dut être enlevé. Le lendemain la respiration était devenue bruyante, il y avait dans la poitrine des râles à grosses bulles; cet état se dissipa assez vite, mais pendant quelques jours on ne toucha plus à la soupape. Ces accidents s'étant reproduits après une seconde tentative, je crus pouvoir les attribuer à une disposition particulière de la canule.

Les canules à soupapes présentent, sur leur bord convexe, une ouverture allongée à extrémités arrondies, destinée à faire communiquer l'intérieur de la canule avec la partie supérieure de la trachée et le larynx. La surface de cette ouverture est égale à la surface de section de la canule, afin que l'air qui la traverse n'éprouve aucun obstacle à son écoulement. Or, en étudiant les rapports de la canule avec les parties qu'elle traversait, nous acquîmes la conviction que la paroi postérieure de la trachée, appuyant sur l'extrémité inférieure de l'ouverture en question, la rétrécissait assez pour rendre l'inspiration laborieuse. Je fis agrandir l'orifice aux dépens de son extrémité supérieure et, le 24 janvier, nous recommençâmes l'application du bouchon d'abord pendant quelques heures et à plusieurs reprises pendant la journée. La tolérance s'établit assez vite pour que, le 1er février, le bouchon pût être laissé en permanence. Après huit jours entiers d'une expérience des plus satisfaisantes, nous enlevâmes la canule. La plaie se ferma rapidement, et, pour combattre la tendance au bourgeonnement, nous fîmes des cautérisations fréquentes avec une solution concentrée de nitrate d'argent et le plus profondément possible.

La cicatrisation fut complète en quelques jours, sans phénomène particulier, si ce n'est au début un léger cornage qui alla en diminuant pour disparaître tout à fait. Pendant quelque temps il se reproduisait au moment des efforts, et après des exercices assez violents.

L'enfant était devenu très-anémique, mais une bonne alimentation et du vin ferrugineux le rétablirent promptement.

Dès la fin de mai la santé était parfaite, la respiration absolument libre, il ne restait d'autre trace de la maladie que la cicatrice du cou légèrement déprimée et un peu plissée à ses extrémités.

En résumé, un enfant de 5 ans atteint du croup a subi la trachéotomie ; la canule est restée 5 jours en place, quelques jours après la respiration était absolument libre, cet état satisfaisant dura quinze jours. Survint alors une gêne respiratoire qui, sans accès, alla graduellement en augmentant jusqu'à ce qu'une seconde opération devînt nécessaire. Lorsque la trachée fut ouverte, on ne put constater la nature de l'obstacle à la respiration, mais la canule étant restée 47 jours en place put être enlevée sans réapparition des mêmes accidents, et aujourd'hui, après plus d'un an, l'enfant est en parfaite santé.

Depuis quelque temps l'attention est appelée sur cette variété d'accidents consécutifs à la trachéotomie. Alors que notre malade était encore en traitement, M. Krishaber vous communiquait une observation de mort subite chez un enfant opéré depuis trois mois. Un rapport de M. de Saint-Germain sur cette communication fut suivi d'une discussion dans laquelle M. Le Fort fit mention de plusieurs cas semblables. A la même époque, MM. Millard et Hemey observaient un enfant de 14 mois 1/2 qui, opéré depuis un mois et paraissant complétement guéri depuis huit jours, fut pris d'accès de suffocation qui se terminèrent heureusement par l'expulsion d'un corps polypiforme que l'examen au microscope fit reconnaître pour un caillot sanguin; cette observation a été publiée dans le *Journal de Thérapeutique*. Enfin M. Calvet, de Castres, communiquait à la *Gazette des Hôpitaux*, en avril 1874, une observation datant de 1869 : il s'agissait d'une mort subite survenue à la suite d'accès de suffocation, plusieurs mois après une opération de trachéotomie ; il n'y avait pas eu d'autopsie.

Dans aucun de ces cas on n'eut recours à une nouvelle opération. A ce point de vue, notre observation ne peut être comparée qu'à celle de MM. Gigon et Bessette, d'Angoulême, publiée en 1862 dans l'*Union Médicale*. Cependant elle en diffère sous plusieurs rapports :

Le petit malade de M. Gigon avait eu des accidents graves du côté du larynx deux ans auparavant, et les accidents qui nécessitèrent la première trachéotomie durèrent douze jours avec une rémission d'une semaine environ.

Notre enfant s'était toujours très-bien porté et fut opéré 48 heures après le début de la maladie.

Dans les deux cas, difficulté extrême de rétablir la respiration.

Dans un cas, la canule resta 13 jours en place, dans l'autre 5 jours seulement.

La guérison apparente fut à peu près de même durée, mais, comme dans les observations de MM. Krishaber, Calvet, Millard et Hemey, la suffocation se montra par accès chez le malade de M. Gigon, tandis que chez le nôtre elle était continue, avec exacerbations sous l'influence des causes accélératrices physiologiques.

Enfin, différence capitale, chez le premier malade, on observa des végétations polypiformes qui purent être extraites et le malade garda la canule pendant trois jours seulement; chez le second, on ne put reconnaître la nature de l'obstacle, et la canule fut laissée en permanence pendant plus de six semaines.

Si l'observation de M. Gigon peut être rapprochée de celle de M. Krishaber et soulever comme elle des doutes au point de vue de la nature des végétations qui ont déterminé les accès de suffocation et dont la forme est au moins insolite, si on les considère comme des bourgeons charnus, je pense que la nôtre en diffère notablement et ne peut soulever les mêmes doutes.

On m'objectera certainement que je n'ai pas constaté de visu l'obstacle à la respiration, mais je n'en suis pas moins convaincu qu'il y avait là des bourgeons charnus. L'obstacle mécanique était manifeste par ses effets, et son siége était déterminé par l'existence d'un souffle au niveau même de la cicatrice. Je crois avoir démontré que ce ne pouvait être un rétrécissement par rétraction cicatricielle; d'ailleurs, depuis un an, il se serait reproduit comme tous les rétrécissements de ce genre. S'il s'était agi d'une production polypiforme, j'aurais pu la voir aussi aisément qu'on l'a vue dans le cas de M. Gigon, et à supposer qu'elle eût échappé à mes regards au moment de l'opération, il faudrait qu'elle eût été rejetée à un moment quelconque, ainsi que cela eut lieu dans l'observation de MM. Millard et Hemey; or, malgré la surveillance la plus active, on n'a pas vu l'enfant expulser quelque chose d'analogue, soit par le larynx, soit par la trachée.

Mettant donc de côté l'idée d'une production polypiforme, je ne puis plus admettre que l'existence d'un bourgeonnement sessile. La continuité des symptômes et l'accroissement graduel de leur intensité sont favorables à cette opinion. J'aurais pu voir une saillie dans la trachée derrière la cicatrice, si à l'exemple de M. Bessette j'avais fait une seconde incision à côté et à distance de la première, mais en incisant en plein sur la cicatrice, comme je l'ai fait, j'ai dû couper en deux ce qui faisait relief à l'intérieur et, comme un dilatateur m'était indispensable pour regarder dans le conduit aérien, je devais forcément refouler en dehors les deux bords saillants de la nouvelle plaie; l'instrument les dérobait fatalement à ma vue.

Rien de plus naturel que d'expliquer l'affaissement de ces deux

moitiés de bourgeon par la compression qu'exerçait la canule, et l'absence de récidive par les cautérisations énergiques et répétées que nous pratiquâmes.

Malgré un avantage apparent, je ne regrette pas de n'avoir point fait la seconde opération sur le côté, parce que si je n'avais pu exciser complétement la saillie cicatricielle et qu'il eût fallu me contenter de la compression, la canule placée de côté eût été moins bien supportée et que son action, comme agent de compression, eût été moins régulière. En outre, mon opéré n'a aujourd'hui qu'une cicatrice, tandis que celui de MM. Gigon et Bessette en a deux.

En terminant, je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'après une opération de trachéotomie on a jugé le moment venu d'ôter la canule, il ne faut jamais laisser la plaie se cicatriser sans avoir cautérisé à plusieurs reprises toute sa surface profonde.

2° Lorsque, plus ou moins longtemps après la guérison, on voit survenir des accidents de suffocation, on doit opérer sans retard. Le malade n'étant plus sous l'influence d'un état général grave autre que l'asphyxie simple, l'opération offre les plus grandes chances de succès. Il serait imprudent de compter sur une expulsion spontanée comme dans le cas de MM. Millard et Hemey.

3° L'opération étant décidée, on pratiquera l'incision sur la cicatrice. On ne traverse ainsi qu'une seule couche de tissus et cette couche est peu vasculaire. Si l'incision est insuffisante, rien de plus facile que de l'agrandir soit en haut, soit en bas, à l'aide d'un bistouri boutonné.

4° Si l'on reconnaît l'existence de végétations polypiformes, on les enlèvera séance tenante ou un peu plus tard, suivant l'état du malade au moment de l'opération. Leur ablation permettra de supprimer la canule de bonne heure, peut-être même de se passer de son application.

5° Si l'obstacle à la respiration est dû à un bourgeonnement sessile de la plaie, et qu'on puisse le voir et l'exciser, on pourra se comporter comme dans le cas précédent ; si, ce qui est le plus probable, on ne peut rien voir, il sera indiqué d'employer une canule à soupape d'un diamètre suffisant pour comprimer les bourgeons, jusqu'à disparition probable de ceux-ci, disparition qui sera hâtée par des cautérisations pratiquées de bonne heure.

Rapport de M. de Saint-Germain sur la note de M. Périer :

Messieurs,

La lecture que M. Périer nous a faite de son travail m'avait vivement intéressé. Cet intérêt, loin de s'amoindrir, s'est encore accru

à une seconde lecture. Il s'agit en effet d'un fait rare, il faut bien le dire, bien que depuis quelque temps un certain nombre d'observations successives aient attiré l'attention des chirurgiens sur quelques complications tardives de la trachéotomie, nécessitant une nouvelle intervention.

L'enfaut dont M. Périer nous raconte l'histoire est âgé de 5 ans. Il a très-probablement le croup. Je sais bien que, malgré quelques fausses membranes sur les amygdales et les matières visqueuses qui plus tard s'accumuleront dans la canule, on pourrait, se fondant sur la rapidité de l'envahissement, sur l'absence absolue de fausses membranes rejetées au moment de l'incision trachéale et sur l'amélioration presque immédiate de l'enfant, élever des doutes sur l'authenticité parfaite de la diphtérie; mais la conviction de M. Périer à cet égard est telle, que je ne discute pas ce point : *concedo*. Ce qu'il y a de clair, c'est que l'enfant étouffe. M. Périer lui ouvre la trachée par le procédé ordinaire, dit-il; quelques détails n'eussent peut-être pas été inutiles ici : car le procédé ordinaire a été si souvent modifié qu'il pourrait bien devenir extraordinaire à son tour. Il a à lutter contre une hémorrhagie assez abondante et éprouve une certaine peine à ramener la régularité des inspirations. Les suites se passent le mieux du monde, et la canule est retirée le cinquième jour une fois révolu. L'auteur ne nous dit pas si le second, le troisième et le quatrième jour on n'a pas, comme il est d'usage, retiré la canule quelque temps. Il ne parle que du retrait définitif.

Un mois après, des phénomènes de cornage se manifestent, l'asphyxie arrive progressivement, et le danger devient si imminent que M. Périer pratique à nouveau la trachéotomie sur la première cicatrice. L'opérateur ne voit ni ne trouve rien dans la plaie qu'il vient de créer; mais il attribue cette absence de bourgeons charnus à la compression qu'il a pu exercer sur eux à l'aide du dilatateur.

Ici commence une longue série d'expériences et de tâtonnements destinés à faire, pour ainsi dire, l'éducation de la glotte du petit malade, et quarante-sept jours après la seconde opération, on peut enlever définitivement la canule. Aujourd'hui, après plus d'un an, l'enfant est en parfaite santé.

Quelle est la nature de l'obstacle qui a forcé M. Périer à pratiquer pour la seconde fois la trachéotomie?

Il conclut à l'existence de bourgeons charnus exubérants développés à la partie interne ou muqueuse de la cicatrice. Je me rappelle qu'il y a un an à peu près, à propos d'une observation de M. Krishaber, je m'efforçai de démontrer, sur un larynx qui présentait dans le même lieu un papillôme très-visible, que ce ne pou-

vait être un bourgeon charnu. J'avoue qu'il me serait pénible aujourd'hui d'admettre l'existence d'une masse analogue dans l'intérieur d'une trachée qui n'a rien présenté de semblable lors de sa seconde ouverture.

M. Périer cite à l'appui de son opinion l'observation de M. Krishaber : mais là, vous avez eu sous les yeux le polype ou le bourgeon ; il invoque le cas de MM. Hemey et Millard : mais là encore, on trouve le corps du délit sous la forme d'un caillot sanguin expulsé huit jours après l'opération; et sans parler du cas de M. Calvet (de Castres), où l'autopsie n'a pas été pratiquée, et où, par conséquent, on n'a pu constater le bourgeon en question, il termine par établir une certaine analogie entre son cas et celui de MM. Gigon et Bessette ; mais il reconnaît lui-même que dans ce cas encore on a pu trouver des productions polypiformes qui furent expulsées.

Ainsi, soit du côté de l'examen de la trachée au moment de la seconde opération, soit du côté des cas sinon identiques, au moins présentant une certaine analogie avec le sien, M. Périer ne peut trouver une seule preuve satisfaisante de ce bourgeonnement exubérant sur la cicatrice dont il avance l'existence.

Si j'avais su à l'avance l'objet de la présentation de M. Périer, j'aurais pu lui fournir une observation presque identique comme résultat, mais ne pouvant guère reconnaître pour cause celle qu'invoque notre collègue. Voici le fait : Je fus appelé l'an dernier, au mois de juillet, par mon ami le docteur Bastien, pour pratiquer la trachéotomie sur un enfant de 4 ans, appartenant à un commis de M. Galante et présentant les signes bien nets du croup arrivé à sa période ultime. D'abondantes fausses membranes expulsées au moment de l'opération nous confirmèrent depuis le diagnostic. Je l'opérai comme je le fais d'habitude, en un seul temps, et j'introduisis facilement la canule n° 2. L'enfant passa par ces alternatives qui suivent l'opération en cas de croup. Tous les jours, nous enlevions la canule durant quelques instants pour laisser reposer quelque peu la plaie, et nous espérions qu'au bout de peu de jours le retrait complet pourrait être obtenu. Il n'en fut rien. L'enfant, qui supportait bien ou à peu près bien l'absence de canule durant la veille, suffoquait dès qu'il cédait au sommeil. Nous eûmes alors une idée assez peu heureuse, je le confesse. Elle consistait à suivre, pour ainsi dire, en diminuant progressivement le calibre de nos canules, la constriction de la plaie que nous avions créée. L'enfant n'asphyxiait plus, jouait, mangeait, vivait de la vie commune; mais il s'étiolait, maigrissait, pâlissait, et certainement, comme la suite le prouvera, ne recevait pas en un temps donné une somme d'air suffisante.

Un accident survint qui faillit enlever l'enfant, mais nous remit

dans la bonne voie. Les parents, dans leur impatience de voir leur enfant se passer de canule, avaient laissé celui-ci un temps assez long livré à lui-même; quand tout à coup un horrible accès de suffocation survint, la mère essaya de remettre la petite canule, mais ne put y parvenir; elle perdit la tête et l'enfant cessa de respirer. Ce ne fut qu'après un certain temps de l'état de mort apparente, temps que je ne pus apprécier, que la mère, revenant à la charge avec l'énergie du désespoir, parvint à réintroduire de force et à frottement la canule dont l'enfant se servait, et presque immédiatement après la respiration se rétablit.

Mandé le lendemain, je jugeai qu'il était impossible de laisser l'enfant dans ces conditions; je réunis MM. Krishaber et Bastien, et nous tînmes conseil.

Dans cette délibération, M. Krishaber, considérant l'état d'anémie dont j'ai parlé et pensant que, la glotte ne fonctionnant pas, il était nécessaire d'assurer au petit malade une somme d'air suffisante, me conseilla d'élargir la plaie à l'aide d'un bistouri boutonné, de réintroduire la grosse canule n° 2 et d'envoyer l'enfant à la campagne. Ce conseil fut suivi de point en point. Dès le lendemain de cette seconde opération, la mine de l'enfant se recolora et les forces revinrent. Le père, rendu prudent et patient par l'expérience, employa dès lors son industrie à permettre à l'enfant de respirer par une canule ouverte sur sa convexité et munie de la soupape de Broca.

Il m'écrivait, il y a quinze jours, que depuis un mois environ son enfant respirait la soupape entièrement fermée, c'est-à-dire par la glotte, et le lendemain de sa lettre, débarquait chez moi, me suppliant de retirer définitivement une canule devenue sans objet. Je me fis longtemps prier, craignant quelque nouvel accident; je finis cependant par céder et je retirai la canule, bouchant l'orifice trachéal à l'aide de taffetas. Depuis quinze jours l'enfant respire parfaitement, dort d'un sommeil paisible et paraît complétement guéri.

Il a gardé sa canule, par le fait, près de neuf mois.—On peut, à la rigueur, m'objecter qu'il faut attendre et que rien ne dit que le cornage ne se manifestera pas dans quelque temps. J'accorde cela, et je n'aurais certes pas fait connaître ce fait avant les délais nécessaires, si je n'y voyais un cas bien rapproché de celui de M. Périer, à savoir : un malade qui, sans cause appréciable telle qu'un polype ou un bourgeon charnu exubérant, est forcé de subir la réintroduction d'une grosse canule et semble guéri après avoir porté cette canule un temps suffisant.

Combien sont différents les cas dans lesquels un véritable corps

étranger, polype ou bourgeon charnu, peu importe, vient s'opposer à l'accès de l'air.

Au mois de décembre de l'an dernier, je fus mandé par notre collègue le Dr Cadet de Gassicourt pour opérer la petite fille d'un de nos confrères qui suffoquait sans qu'il fût possible de déterminer d'une manière absolue la cause de cette suffocation. Nous attendîmes jusqu'au dernier moment, et nous opérâmes cette petite fille dans la période asphyxique. Je la trachéotomisai en un temps.

Aucune fausse membrane, aucun polype ne se présenta à l'ouverture. La canule fut facilement introduite et l'enfant revint très-rapidement à la santé ; mais il fut impossible de la débarrasser de sa canule ; et le père, en changeant un jour la canule externe, aperçut, bouchant presque la plaie trachéale, une masse du volume d'un gros pois agitée comme un battant de cloche et obturant naturellement l'orifice glottique. Nous avons fait, avec MM. Cadet et Krishaber, une série de tentatives pour extirper ce polype qui se trouve malheureusement très-friable et n'a pu jusqu'ici être obtenu en entier ; mais il y a déjà dans l'état de l'enfant une certaine amélioration, et nous espérons arriver à un bon résultat.

Dans les cas tout différents, je le répète, où, comme chez le malade de M. Périer, on ne trouve pas d'obstacle appréciable, je ne sais si l'on ne pourrait pas attribuer la suffocation consécutive soit à une sorte de paresse de la glotte, qui a désappris à fonctionner, soit à un spasme prolongé de la glotte consécutif lui-même à un œdème, à une infiltration plastique développée immédiatement au-dessous d'elle ; mais j'avoue admettre bien difficilement, comme cause de cette suffocation, des bourgeons charnus nés sur la cicatrice, assez gros pour déterminer, à une aussi grande distance, l'occlusion mécanique ou spasmodique de la glotte, alors surtout que dans les nombreuses, trop nombreuses autopsies que l'on pratique dans les hôpitaux d'enfants, le 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et quelquefois 15e jour après l'opération, on ne trouve jamais rien de semblable.

Si nous différons d'opinion avec M. Périer, relativement au développement exubérant des bourgeons charnus sur la cicatrice de la trachéotomie, nous sommes aussi en désaccord complet au sujet d'une de ses conclusions que je ne puis laisser passer.

Lorsque, dit-il, après une opération de trachéotomie on a jugé le moment venu d'ôter la canule, il ne faut jamais laisser la plaie se cicatriser sans avoir cautérisé à plusieurs reprises toute la surface profonde.

Hé quoi ! vous vous trouvez au moment de retirer la canule, cas où votre malade a 99 chances sur 100 de s'en tirer ; vous pouvez presque affirmer le succès, et vous allez, pour combattre un

bourgeonnement imaginaire peut-être, à tout hasard, à l'aveuglette, cautériser toute la surface profonde de votre plaie? Sans parler des difficultés considérables que vous trouvez souvent à l'exécution de ce procédé, je vous défie d'échapper à ce dilemme : ou votre cautérisation sera superficielle et par suite insignifiante, ou elle sera profonde, et alors vous risquez dans l'avenir un accident bien autrement à craindre que le bourgeon problématique contre lequel sont dirigés vos efforts, le rétrécissement de la trachée.

Par contre, je ne puis que m'associer aux autres conclusions de M. Périer, relatives à la nécessité d'une seconde opération pratiquée sans retard, au lieu même de la première en cas de suffocation nouvelle, quelle qu'en puisse être la cause, et à l'usage d'une canule de fort calibre qui, à défaut d'autre avantage, a celui d'assurer au malade une somme d'air largement suffisante.

Je termine, messieurs, en vous rappelant tout l'intérêt que vous ont déjà présenté les nombreuses communications de M. Périer, et en constatant que le travail que vous m'avez chargé d'analyser est à la hauteur de ceux qu'il a déjà lus devant vous.

Aussi ai-je l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Périer de sa communication ;

2° D'adresser son mémoire au comité de publication;

3° De classer M. Périer en rang très-honorable au nombre des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Ces conclusions sont adoptées.

Communications.

1° M. Lucas-Championnière lit une observation qui peut se résumer ainsi :

Tumeur au niveau de l'ombilic, constituée par trois hernies, hernie ombilicale volumineuse, hernie graisseuse de la ligne blanche, deuxième hernie graisseuse avec une anse d'intestin; étranglement au niveau de cette dernière hernie; opération et réduction : mort.

Commissaires : MM. Duplay, Panas et Desprès.

2° M. Verneuil donne connaissance à la Société de la troisième partie de son mémoire sur la *forcipressure*.

Présentation de malades.

1° M. Guyon présente le sujet de l'observation suivante :

Fracture de la rotule traitée par les vésicatoires et la position horizontale. — Guérison sans trace d'écartement des fragments.

Obs. — Le nommé Ganche a été admis à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, le 4 mai 1873. Il était tombé le jour même sur le bord d'un trottoir et s'était fracturé la rotule gauche. La fracture était transversale, et l'on pouvait aisément placer le doigt entre les fragments. Le malade fut soumis au traitement que j'ai adopté depuis plusieurs années. Ce traitement a pour but d'agir avant tout et avec activité sur l'épanchement. Le membre est immobilisé dans une gouttière, la région du genou est seule découverte. On recouvre d'un très-large vésicatoire toute la face antérieure du genou; on panse le vésicatoire avec des cataplasmes. S'il est nécessaire, c'est-à-dire si l'épanchement n'est pas complétement résorbé après une huitaine, on remet un nouveau vésicatoire. Le malade que je présente en a eu deux.

Sous l'influence de la résorption de l'épanchement, on voit l'écartement des fragments diminuer graduellement, et il devient très-facile, à l'aide d'un bandage roulé ou moulé, de les maintenir au contact. Chez le malade actuel, je ne me suis servi que du bandage roulé. Le blessé a quitté l'hôpital le 12 juillet; pendant un mois il a marché avec quelque difficulté, mais depuis il a repris très-rapidement le libre usage de son membre, et il peut, depuis fort longtemps, marcher avec la même facilité et avec autant de force qu'avant l'accident.

Il est facile de constater que la forme du genou est absolument normale, et que tous ses mouvements sont libres. L'examen de la rotule est fort intéressant :

Au doigt, il est impossible de constater le moindre écartement, la moindre inégalité indiquant le siége de la fracture. Le cal semble absolument osseux. Cependant, en cherchant avec soin, en saisissant la partie supérieure et inférieure de la rotule, et en soutenant la jambe avec soin, pour obtenir le relâchement musculaire, on sent qu'il y a une sorte de mobilité, qui indiquerait que le cal est fibreux, mais extrêmement serré.

Cette observation n'est pas la seule que j'aie faite relativement au bon effet d'un traitement qui a, avant tout, pour objectif le traitement de la complication, c'est-à-dire de l'épanchement. Ce traitement semble, au premier abord, négliger le traitement de la fracture; il le facilite en réalité et rend efficaces des appareils simples; il n'exclut pas, bien entendu, les moyens plus ou moins perfectionnés, recommandés pour rapprocher les fragments, mais il peut les rendre inutiles.

L'examen du malade montre aussi combien il peut être difficile

de juger sur le vivant si un cal qui rapproche et maintient très-exactement les fragments rotuliens est osseux ou fibreux.

M. Tillaux fait observer que le malade de M. Guyon a été atteint de fracture par cause directe et que, dans ces cas, l'écartement des fragments est moins considérable que dans les fractures de cause indirecte.

M. Larrey insiste sur la distinction rappelée par M. Tillaux, et cite l'observation de blessés dont la fracture, produite par un coup de pied de cheval, ne présentait pas d'écartement perceptible ou appréciable.

M. Lefort rappelle que Malgaigne a attiré l'attention sur l'écartement variable des fragments, suivant que le malade a essayé ou non de marcher après son accident.

M. Duplay présente un jeune homme auquel se rapporte l'observation suivante :

Résection de l'acromion et d'une petite portion de l'extrémité externe de la clavicule pour nécrose. — Guérison. — Conservation presque complète des mouvements de l'épaule.

Obs. — Un jeune homme de 22 ans fait une chute dans les premiers jours du mois d'avril de l'année dernière, et tombe sur l'épaule droite. Cet accident est suivi de gonflement considérable, et de la formation d'un abcès qui s'ouvre à la partie postérieure du moignon de l'épaule. Le malade a été soigné à l'hôpital Saint-Louis, où on lui a passé un drain allant aboutir à la partie inférieure de la région deltoïdienne. On l'envoie ensuite à Vincennes, d'où il sort, après trois semaines, non amélioré. Il rentre alors dans mon service, pendant que j'étais en vacances, et M. Delens, qui me remplaçait, traverse l'épaule de plusieurs drains, et pratique l'extraction de quelques petits sequestres. Lorsque je reprends mon service, je constate une série de trajets fistuleux, aboutissant tous à l'acromion. L'exploration de ces trajets révèle une dénudation de la surface supérieure de cet os, mais sans sequestre.

Après un long traitement, consistant dans des injections irritantes, voyant le mal s'aggraver, de nouveaux abcès se former, constatant d'autre part la dénudation de l'acromion, je me décide à mettre l'os à nu, dans le but de pratiquer l'évidement des parties malades.

Opération faite le 9 octobre. Je fends les trajets fistuleux, puis, la surface de l'acromion étant découverte, je constate que les lésions occupent presque toute la surface de l'os, que l'articulation acromio-claviculaire est détruite, et les surfaces osseuses nécrosées. Je me décide donc à pratiquer la résection totale de l'acromion. Une sonde de Blandin est introduite sous le col de cet os, et la section se fait très-aisément;

puis, j'enlève avec une pince-gouge l'extrémité nécrosée de la clavicule.

(Pansement ouaté et amidonné, maintenant le bras contre le thorax.)

Les suites ont été des plus simples, et, au bout de deux mois, la guérison était complète. Aujourd'hui, les mouvements de l'épaule sont presque normaux. Dans l'élévation du bras, l'humerus élève un peu l'omoplate. Les mouvements en arrière, en avant, s'exécutent parfaitement; la rotation de l'humerus est bien conservée. On constate une saillie notable de la tête humérale au-dessous de la peau. Enfin, l'extrémité externe de la clavicule semble avoir contracté des adhérences au moins fibreuses avec le col de l'acromion au niveau du point réséqué.

Présentation d'instruments.

M. Panas présente un *nouvel ophthalmoscope à deux faces, plan d'un côté et concave de l'autre.*

L'emploi de plus en plus répandu de l'ophthalmoscope comme ophthalmomètre et l'importance de l'examen des milieux de l'œil par l'image droite font que le miroir plan à éclairage faible est devenu d'un usage journalier parmi les ophthalmologistes.

Ce qui l'a empêché jusqu'ici d'être d'un emploi plus fréquent, c'est qu'il s'agit d'un instrument de plus à introduire dans l'arsenal, nécessairement restreint, du médecin non spécialiste et de l'étudiant. Voilà pourquoi nous avons eu l'idée de le réunir à l'ophthalmoscope concave ordinaire et, pour réaliser notre idée, nous nous sommes adressé à M. Collin, successeur de Charrière, qui a su parfaitement résoudre toutes les difficultés techniques que comportait la fabrication d'un pareil instrument.

Il s'agit, en définitive, d'un ophthalmoscope en verre à deux faces, dont l'une est plane et l'autre concave, percé d'un trou au milieu. Un couvercle en métal noirci, également percé d'un trou au milieu et pourvu d'une double articulation, pivote autour du collet du manche de l'instrument, de manière à obturer à volonté l'une ou l'autre face du miroir. Ce couvercle porte une fourche articulée, pour l'adaptation de verres correcteurs derrière le trou du miroir.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

M. Sée.

Séance du 24 mars.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Mémoires et comptes rendus* de la Société des sciences médicales de Lyon, tome XIII, 1873.

3° M. Verneuil offre, de la part du Dr Piachaud, membre correspondant à Genève, une brochure intitulée : *Des polypes de l'utérus et de certaines dégénérescences fongueuses du col de la matrice.*

4° M. Larrey fait hommage de 100 thèses de chirurgie.

5° M. Terrier offre, de la part du Dr Perriquet, sa thèse inaugurale intitulée : *Contribution à l'étude de la maladie kystique bénigne du testicule.*

Rapports.

1° M. Verneuil lit un rapport sur :

Deux observations de malformation de l'orifice anal,

présentées par M. Delens.

M. le Dr Delens, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien du Bureau central, vous a communiqué deux notes intéressantes sur certaines malformations de l'anus. Je vais rapporter ces deux faits, dont l'un est si rare que je ne crois pas l'avoir vu mentionné jusqu'ici, et dont l'autre contribuera à faciliter le jugement sur un procédé opératoire qui n'a encore été employé qu'un petit nombre de fois.

Observation I. — *Anus double ; excision de la cloison.*

« Le 1er septembre 1874, le nommé Mussel amena à l'hôpital Sainte-Eugénie un petit garçon âgé de 4 ans et demi, demandant qu'on remédiât à un état de l'anus qui datait de la naissance.

« Cet enfant, d'ailleurs très-bien portant, offre le vice de conformation suivant : quand on examine la région anale en écartant modérément les fesses, on constate l'existence de deux anus, situés de chaque côté d'une languette cutanée qui occupe la ligne médiane. Chacun de ces deux anus offre tout d'abord l'apparence d'un anus normal. La bandelette de peau qui les sépare a environ 5 millimètres de largeur, est parfaitement médiane et se continue, en avant, avec la peau du raphé périnéal.

« En écartant plus fortement les fesses, on voit bientôt que l'anus de droite est seul perforé et en communication avec le rectum. Celui de gauche forme un cul-de-sac d'environ 15 millimètres de profondeur, dans lequel le doigt pénètre facilement. La muqueuse rectale seule et la peau très-mince de la moitié interne de cet anus imperforé s'adossent au-dessus de la bride médiane, ainsi qu'on peut en juger en déprimant le cul-de-sac anal gauche, pendant que l'index est introduit dans le rectum par l'anus du côté droit.

« Du reste, cette conformation anormale n'entraîne pas d'inconvénients appréciables pour la défécation; cependant, le père de l'enfant réclamant une opération, j'ai, le 4 septembre, chloroformé ce petit garçon et excisé, de deux coups de ciseaux, l'un en avant, l'autre en arrière, la cloison médiane qui séparait les deux anus de manière à les réunir en un seul. Une mèche a été placée dans le rectum.

« L'enfant n'a séjourné que peu de temps dans le service après l'opération. Je dois noter seulement qu'il a eu un peu de diarrhée et que je n'ai pu avoir la certitude qu'il retenait complètement les matières au moment de son départ. Depuis, j'ai voulu le revoir, mais il m'a été impossible de retrouver le père à l'adresse qu'il m'avait indiquée.

« L'examen de la bride anale enlevée a été fait par M. Ranvier au laboratoire du Collége de France. Revenue sur elle-même, elle présentait des dimensions très-minimes, environ 3 millimètres sur 5. Ainsi que je l'avais supposé, elle n'était pas exclusivement constituée par la peau, mais au-dessous d'elle on trouvait des faisceaux musculaires très-nets, appartenant évidemment au muscle sphincter externe.

« Le seul point intéressant de cette anomalie me paraît consister en ce qu'on ne s'explique pas comment l'anus gauche, qui est évidemment le véritable anus, quoique imperforé, n'est pas venu s'aboucher avec le rectum, puisque ce dernier s'est ouvert à la peau en un autre point. »

J'ai observé moi-même, en 1870, un cas qui présente avec celui de M. Delens une certaine analogie.

On m'amena à l'hôpital Lariboisière un jeune garçon de 4 mois environ, robuste et bien constitué, mais qui, depuis sa naissance, avait une certaine difficulté à aller à la selle. En examinant la région anale, je fus surpris de voir, sur la ligne médiane, au lieu de la dépression ordinaire, une crête assez saillante se continuant avec le raphé périnéal en avant, et en arrière avec la peau qui allait

rejoindre la région coccygienne. Cette crête, un peu aplatie d'avant en arrière, longue de 12 millimètres, large de 4 à 5, d'apparence cutanée, était adhérente seulement à ses deux extrémités et complétement libre dans sa partie moyenne; elle recouvrait et masquait en partie l'orifice anal qui, à première vue, semblait formé par deux pertuis distincts. Une sonde de femme introduite par l'un ou l'autre des pertuis latéraux arrivait facilement dans le rectum, dont la cavité était unique. Je divisai cette bride transversalement d'un coup de ciseaux.

Je pus constater alors que l'orifice anal mis à découvert était assez étroit et peu extensible, car je ne pus y introduire qu'avec peine l'extrémité de mon doigt auriculaire gauche; il y avait donc un rétrécissement congénital, qui, du reste, n'avait que quelques millimètres de hauteur.

Je prescrivis des applications froides, puis je recommandai à la mère de faire très-exactement deux fois par jour la dilatation digitale, d'abord avec son auriculaire, et de la porter jusqu'à introduction facile dans le rectum du doigt médius, qui était d'un volume à peu près double.

L'enfant me fut rapporté à plusieurs reprises; les deux petites plaies se cicatrisèrent rapidement, et les deux moitiés de la bride se rétractèrent de façon qu'elles étaient à peine visibles au bout de quelques semaines. Les difficultés de la défécation disparurent assez vite, mais l'orifice, cependant, ne céda et ne s'agrandit définitivement qu'avec lenteur.

Je revis l'enfant pour une autre affection à l'âge de deux ans : il était parfaitement guéri.

J'ai vainement cherché, à cette époque et depuis, à m'expliquer le mode de formation de cette anomalie, dont l'embryogénie ne donne pas la clé.

Observation II. — *Imperforation anale. — Entérotomie périnéale avec résection du coccyx. — Guérison avec prolapsus rectal.*

« Un enfant du sexe masculin, né depuis 48 heures, et qui fut apporté le 5 août 1874 à l'hôpital Sainte-Eugénie par son père, le nommé Marchal, n'avait pas été à la selle depuis sa naissance. Le père affirmait, en outre, qu'il n'avait pas rendu une seule goutte d'urine, et la sonde introduite dans la vessie n'en ramena, en effet, pas la moindre quantité.

« Je trouvai l'anus bien conformé extérieurement, mais se terminant en cul-de-sac à un ou deux centimètres de profondeur. Il y avait un météorisme énorme du ventre, de la gêne de la circulation et de la respiration; le pouls était petit et fréquent, mais il n'y avait pas de refroidissement et la voix n'était pas éteinte.

« Je résolus d'opérer immédiatement et de faire la résection du

coccyx pour arriver au rectum, parce que le doigt introduit dans l'anus, vigoureusement serré par les contractions du sphincter, ne percevait nettement ni impulsion ni fluctuation, et que je craignais que l'ampoule rectale ne fût située assez haut.

« Une incision de 3 cent. 1/2 au plus, allant de la partie antérieure de l'anus vers la pointe du coccyx, permit de réséquer facilement cet os à l'aide de ciseaux courbes. Il fut possible alors de sentir, au fond de la plaie, l'ampoule rectale, heureusement peu élevée. Celle-ci fut fixée avec un ténaculum, et trois fils d'argent furent passés avant que l'incision de l'ampoule donnât écoulement au méconium. L'extrémité inférieure du rectum fut fixée dans la plaie avec huit points de suture.

« Les résultats immédiats de l'opération furent des plus satisfaisants. Le lendemain, l'enfant était très-bien. Le 18 août, les points de suture furent enlevés, et le 25, lorsqu'on ramena l'enfant pour la dernière fois, la cicatrisation était à peu près complète; la défécation s'effectuait facilement et l'anus, bien que reporté un peu en arrière par suite de l'opération pratiquée, avait des dimensions à peu près normales.

« Mais dans ces derniers jours, j'ai eu l'occasion de revoir cet enfant, qui est aujourd'hui âgé de 6 mois et demi. Il est assez peu développé, ce qui n'a rien d'étonnant, car il n'a pas été nourri au sein et a eu récemment, me dit-on, une petite vérole volante. Mais, quoique la défécation s'exécute assez bien, il est atteint, depuis le mois de novembre, d'un prolapsus du rectum, qui s'est réduit seulement deux fois spontanément et qu'on n'a pu faire rentrer à Sainte-Eugénie où l'enfant a été conduit plusieurs fois.

« Au moment de mon examen, le prolapsus, qui est maintenant permanent, forme une tumeur demi-sphérique, du volume d'une grosse noix. L'orifice du rectum occupe le sommet, et la muqueuse, à la base, se continue directement avec la peau. Il est probable que le prolapsus est formé par toutes les tuniques du rectum. Je n'ai fait, du reste, aucune tentative de réduction, mais j'ai conseillé de conduire de nouveau l'enfant à l'hôpital Sainte-Eugénie.

« Peut-être, dans ce cas, le prolapsus doit-il être attribué à la résection du coccyx, qui a supprimé nécessairement le point d'attache postérieur du sphincter externe; mais ce que je puis affirmer, c'est que cette résection facilite beaucoup l'opération et que, vu les dimensions très-restreintes des parties sur lesquelles on agit, la plaie qui en résulte est peu considérable.

« Il faut ajouter que chez cet enfant, qui ne s'est pas trouvé depuis sa naissance dans de bonnes conditions d'alimentation, il y a une tendance manifeste à la formation des hernies. Il porte une petite hernie ombilicale et, d'après les renseignements fournis par les parents, on aurait observé aussi, à certains moments, une tumeur dans la région inguinale. En tous cas, l'existence d'un prolapsus du rectum, à la suite de l'opération de l'anus imperforé, m'a paru un fait intéressant à noter. »

Les guérisons durables à la suite de l'entérotomie périnéale ne

sont pas, malheureusement, assez fréquentes, pour qu'on puisse avoir encore une grande expérience sur les résultats de cette opération.

La résection du coccyx facilite beaucoup la découverte et la fixation à l'extérieur du bout de l'intestin et rendra, je l'espère, les succès plus communs.

Cependant, bien que chez les trois enfants que j'ai observés longtemps, je n'aie pas vu le rectum faire issue au dehors, il serait possible que mon procédé prédisposât à cet accident. Je ferai remarquer, toutefois, que malgré la soudure de l'intestin à la peau, il existe tout autour de l'anus un anneau cicatriciel assez épais et assez long pour qu'il soit nécessaire de lutter avec persévérance contre une tendance manifeste au rétrécissement de l'orifice nouveau.

Je crois encore que le tissu cicatriciel est assez résistant pour fournir aux fibres divisées du sphincter une insertion suffisamment solide.

Au reste, M. Delens fait remarquer lui-même, comme argument à décharge, que le prolapsus n'a paru que trois mois après l'opération, et que l'enfant, d'ailleurs faible et chétif, a une disposition très-évidente à la formation des hernies.

Quoi qu'il en soit, je remercie personnellement notre jeune confrère et d'avoir répété mon procédé et d'en avoir signalé peut-être un inconvénient, lequel, d'ailleurs, ne resterait pas sans remède.

J'ai l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à M. Delens :
2° Renvoyer ses observations au *Bulletin* pour y être insérées.

M. Sée a eu l'occasion de voir, il y a une quinzaine de jours, l'enfant dont il est question dans cette observation. Le prolapsus rectal formait une tumeur du volume d'une mandarine, et l'orifice anal était très-largement dilaté. La compression était insuffisante pour faire rentrer l'intestin dans le bassin, et la réduction n'eût pu être obtenue que par une opération que l'état misérable de l'enfant ne permettait pas de tenter.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

2° M. Verneuil lit, au nom d'une commission composée de MM. *Paulet*, *Polaillon* et *Verneuil*, un rapport sur un mémoire intitulé :

Des lésions vasculaires dans les fractures de la jambe,

par M. le Dr Nepveu, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire de la Clinique chirurgicale de la Pitié.

Messieurs,

Le 17 décembre 1873, M. le Dr Nepveu vous a communiqué le résultat de ses patientes recherches sur un point fort intéressant de chirurgie pratique, c'est-à-dire sur les lésions des vaisseaux compliquant les fractures de la jambe.

En songeant, d'une part, au grand nombre de vaisseaux artériels et veineux qui sillonnent le membre, accollés plus ou moins immédiatement au squelette ; d'autre part, à l'extrême fréquence des fractures, souvent esquilleuses et comminutives, et dont les fragments souvent aussi chevauchent et se déplacent en tous sens, on pourrait croire que les lésions vasculaires susdites, étant communes, ont été étudiées complétement au double point de vue de l'anatomie pathologique et des indications thérapeutiques, en un mot qu'ici la science est faite.

Il est bien loin d'en être ainsi.

En fouillant les livres, les thèses, les journaux, en compulsant avec soin la littérature étrangère, en y joignant plusieurs faits inédits, M. Nepveu n'a pu réunir que cinquante-quatre observations, dont quelques-unes sont même fort concises et à peine utilisables.

Naturellement il a éliminé de son cadre les écrasements et les broiements par des corps pesants et des projectiles de guerre, et n'y a compris que ceux où la jambe, bien que fracturée, existe encore, si je puis ainsi dire.

Cette pénurie de documents prouve-t-elle la rareté de l'accident? Je ne saurais le croire, car ma seule pratique a fourni à l'auteur cinq faits recueillis en quelques années. Elle indique plutôt la négligence des observateurs et cette malheureuse insouciance à laquelle nous devons le gaspillage de nos richesses cliniques. Elle est d'autant plus regrettable que les lésions vasculaires entraînent des conséquences nombreuses, variées et graves, et que sur bien des points la meilleure conduite à suivre ne saurait être encore rigoureusement déterminée, faute de renseignements suffisants.

Quoi qu'il en soit, M. Nepveu groupant et classant avec art ses cinquante-quatre observations, a pu en tirer des conclusions déjà fort utiles et esquisser un cadre dans lequel viendront facilement se ranger les faits recueillis à l'avenir.

Ainsi, il a pu établir que les artères blessées sont, par ordre de fréquence, la tibiale antérieure, puis la postérieure, puis la péro-

nière, et enfin les jumelles, l'artère nourricière du tibia et jusqu'au tronc tibio-péronier ;

Que la lésion vasculaire varie de forme, depuis la rupture complète avec écartement des bouts, la déchirure latérale, l'éraillure, jusqu'à la plus simple inflexion angulaire sur l'arête d'un fragment osseux déplacé ;

Qu'elle répond le plus souvent au lieu même de la fracture, mais qu'elle peut cependant siéger aussi à une distance souvent considérable ;

Que, si la solution de continuité vasculaire est le plus souvent causée par l'agent vulnérant ou par les fragments osseux, elle peut aussi résulter d'une distension exagérée, d'une sorte d'arrachement ;

Que la dégérescence athéromateuse y prédispose, etc., etc.

En terminant le chapitre de l'anatomie pathologique, M. Nepveu regrette à juste titre l'absence à peu près complète de documents relatifs à la blessure des veines, accident dont seul peut-être notre éminent collègue M. Azam s'est occupé, et qui, cependant, ne doit être ni rare ni innocent.

J'ai des raisons de croire que, chez des sujets jeunes et dont le système vasculaire est en bon état, la division complète d'une des trois artères de la jambe peut guérir spontanément, sans provoquer d'accidents, et qu'il en est de même, *à fortiori*, des lésions des grosses veines. Mais il est, en revanche, amplement prouvé que les blessures artérielles accompagnant une fracture compliquée et même simple font naître parfois des affections redoutables susceptibles d'entraîner la perte du membre et aussi celle du blessé lui-même.

M. Nepveu a soigneusement distingué ces affections, dont voici le tableau :

Épanchements sanguins circonscrits ;

Infiltrations sanguines primitives et secondaires ;

Hémorrhagies primitives et secondaires, précoces ou tardives ;

Anévrysmes circoncrits et diffus, primitifs ou secondaires ; gangrène partielle ou totale.

Toutes ces formes, avec leurs variétés principales, sont décrites avec soin, et l'auteur s'applique à en rechercher attentivement les causes et le mécanisme ; il appuie ses assertions sur les faits publiés, qu'il reproduit en les condensant le plus possible, de sorte que les hypothèses et les suppositions hasardées sont rigoureusement bannies de son travail.

Cette longue suite d'observations grossit naturellement beaucoup le mémoire et en rend la lecture plus laborieuse ; mais l'auteur pense, et en ce point je partage tout à fait son sentiment, qu'on ne

peut supprimer la casuistique que dans le cas où les questions sont déjà claires ou presque complétement résolues; lorsqu'au contraire on en est encore à proposer avec réserve des conclusions pratiques, il est indispensable de mettre sous les yeux du lecteur la totalité des pièces justificatives.

M. Nepveu a traité la partie thérapeutique avec un soin tout spécial; c'est qu'en effet il s'agit le plus souvent d'intervenir rapidement et sans hésitation; si les moyens doux et l'expectation même suffisent à quelques complications, telles que les épanchements sanguins interstitiels et certains anévrysmes, les hémorrhagies et la gangrène exigent la mise en œuvre d'urgence des ressources suprêmes de la médecine opératoire.

Ici les cas sont si variés, les indications si délicates à saisir, que je ne puis même vous donner une analyse de cette partie du mémoire; il faut lire le texte et les faits à l'appui pour se faire une opinion; mais j'affirme que nul ne regrettera les longs détails donnés par l'auteur à ce propos.

Si maintenant j'essaye de résumer mon impression générale, je n'hésite pas à dire que le travail de M. Nepveu, conçu dans un excellent esprit, reflète cette méthode sévère qui donne tant de valeur aux productions de la chirurgie française. Il serait désirable que nos jeunes confrères, en attendant l'époque où ils agiront eux-mêmes, mettent à profit le temps, ce trésor sans pareil, qu'ils possèdent encore, et consacrent leur intelligence et leur bon vouloir à écrire des monographies semblables.

Enfin, si je m'inspire d'un sentiment d'égoïsme naturel et que vous partagerez à coup sûr, je souhaite que notre nouvelle publication renferme en aussi grande proportion que possible des travaux comme celui dont je viens d'avoir l'honneur de vous rendre compte.

Je vous propose en conséquence :

1° D'adresser à M. Nepveu des remerciments, qui seront pour lui un encouragement précieux.

2° De renvoyer son mémoire au Comité de publication.

Après une réclamation de M. Larrey, qui rappelle qu'un chirurgien d'armée, dont le nom lui échappe en ce moment, a fait une thèse sur l'état des veines dans les fractures, ces conclusions sont adoptées.

3° M. Verneuil lit un rapport sur une observation de M. le Dr Pozzi, aide d'anatomie de la Faculté, intitulée :

Ectasie anévrysmoïde interne de l'artère radiale consécutive à une brûlure ; note pour servir à l'histoire des lésions vasculaires dans les brûlures.

Obs. — Le 22 novembre 1874, entrait dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, un homme de 50 ans, atteint d'une profonde brûlure de l'avant-bras droit. Cet homme qui, depuis la guerre, donne des signes évidents d'aliénation mentale, a, le matin même, allumé un réchaud « *pour se chauffer*, » dit-il ; le feu a pris à ses vêtements et il n'est parvenu à l'éteindre qu'après avoir été grièvement atteint. Les deux tiers inférieurs de la face dorsale de l'avant-bras présentent une escharre brunâtre et sèche descendant sur le dos de la main jusqu'à la racine des doigts. En haut, elle empiète un peu sur la face postérieure du bras. Sur la face palmaire de l'avant-bras, la brûlure est assez superficielle et ne paraît pas avoir dépassé les deux premiers degrés, sauf sur le côté externe, où existe, au niveau de l'artère radiale, une zone de brûlure ayant fortement entamé le derme. En ce point, la peau offre une consistance parcheminée ; elle est très-tendue, par suite du raccourcissement de l'escharre postérieure. Ce phénomène est tellement marqué que le tiers de l'avant-bras est comme étranglé par un bracelet de peau desséchée. Pour faire cesser cette constriction, M. Verneuil pratique sur le dos de l'avant-bras de profondes incisions.

La plus grande partie de la main était intacte. La face dorsal offrait bien, il est vrai, des lésions qui paraissaient avoir dépassé le derme, mais la paume n'avait nullement été atteinte et les mouvements de flexion des doigts et d'opposition du pouce étaient conservés.

M. Verneuil résolut d'attendre pour l'amputation (jugée inévitable) que les premiers accidents fussent passés. Il se proposait de faire alors une opération *post-fébrile*. Le membre fut placé d'une façon permanente dans une solution désinfectante de chloral. — Sous l'influence de ce traitement, l'escharre se ramollit promptement et commença à se désagréger et à se détacher par petits lambeaux. Le cubitus et le radius furent de la sorte entièrement dépouillés de leur périoste en arrière.

Le 28 *novembre* (6e jour), il survint pendant la nuit une hémorrhagie assez considérable, qu'on arrêta par la compression avec de l'amadou et de la charpie.

Le matin, à la visite, vu la profondeur de l'escharre sur le bord externe de l'avant-bras, il parut probable que l'hémorrhagie devait être attribuée au ramollissement d'un lambeau mortifié comprenant l'artère radiale dans son épaisseur. L'intégrité présumée de la cubitale, de l'arcade palmaire et du bout inférieur de la radiale, où le pouls était encore perceptible, faisait croire que le sang amené par la première de ces artères s'échappait par le bout inférieur de la seconde.

Quoi qu'il en soit, l'amputation ne pouvait plus être retardée. Dans

le but d'économiser le plus possible le sang du malade, fort affaibli par son hémorrhagie, et de lui faire subir un traumatisme aussi faible que possible, M. Verneuil se décida à répéter une opération qu'il avait déjà pratiquée avec succès dans un cas analogue : au lieu d'employer l'instrument tranchant, il se servit de l'écraseur, et au lieu de tailler un lambeau, il se borna à faire tomber toute la partie compromise du membre. La section portant seulement en avant sur des tissus vivants, la surface saignante fut très-peu étendue. Les artères furent facilement liées, les os sciés au ras de la section des parties molles ; on plaça de nouveau le membre dans le bain, se réservant de procéder plus tard à une régularisation du moignon, quand les phénomènes de réaction seraient passés.

Les choses se passèrent d'abord très-bien ; la granulation de la plaie était active, l'état général excellent, lorsque le malade, à la suite de diverses imprudences provoquées par le trouble de son état mental, fut pris d'une vive inflammation de la plaie, sorte de *granulite aiguë* très-douloureuse, puis présenta tous les symptômes de l'infection purulente, et succomba avec toutes les lésions de cette complication des plaies.

L'examen du membre amputé offrait un intérêt tout spécial. Il y fut donc procédé avec un grand soin.

Autopsie. — L'escharre dorsale, en se détachant par parcelles, avait complétement mis à nu le squelette de l'avant-bras et du dos de la main. Les régions des vaisseaux radiaux et cubitaux étaient sur la limite des parties complétement détruites par la brûlure. La profonde escharre dorsale dont quelques lambeaux étaient encore adhérents présentait des caractères bien différents de eeux qu'elle avait au début. Elle s'était extrêmement ramollie sous l'influence de l'imbibition prolongée à laquelle était venue peut-être se joindre une action spéciale du chloral ; molle, friable, comme putrilagineuse, elle se détachait facilement en petits fragments et, par place, n'avait même plus qu'une consistance pulpeuse. Pour découvrir les vaisseaux au niveau présumé de leur rupture, à 7 centimètres au-dessus du poignet, point où le sphacèle paraissait plus profond, on alla à leur recherche de bas en haut, ce qui permit de les suivre à partir d'un endroit où les tissus n'avaient pas été altérés.

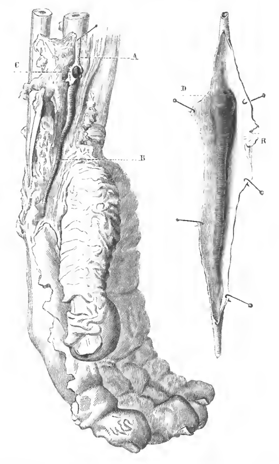
En procédant ainsi, il fut possible d'isoler complétement la radiale et la cubitale. Voici les résultats de cette dissection.

Les vaisseaux reposent sur des muscles non altérés. Les téguments qui les recouvrent sont, par contre ramollis, mais ne présentent de lésion profonde qu'en haut et en dehors.

La *cubitale* est intacte et perméable.

La *radiale*, au contraire, présente des lésions graves et bien inattendues. A 7 centimètres au-dessus du talon de la main, à 3 centimètres du point où a porté la section de l'écraseur, on voit sur la radiale un renflement à peu près sphérique ayant 1 centimètre de diamètre dans le sens transversal, et un peu plus dans le sens vertical; il y a là

une sorte d'anévrysme, et un anévrysme rompu, comme l'attestent les caillots récents. C'est l'origine de l'hémorrhagie.



A-B. — Limites du caillot.
C. — Anévrysme. — On aperçoit le caillot entouré des débris du sac que l'on a écartés.
D. — Caillot remplissant le sac.
R. — Déchirure de ce dernier.

En ce point là *seulement* l'escharre a détruit toutes les parties molles au-dessus du vaisseau, qui baigne dans un détritus grisâtre ; au-dessus et au-dessous, le derme qui recouvre la radiale a été à peine entamé, le tissu cellulaire et l'aponévrose sont intacts.

En ouvrant avec précaution la radiale dans toute sa longueur, on constate qu'elle est imperméable jusqu'au niveau du point où elle se dévie pour passer sur la face dorsale du poignet. Là commence un caillot par une extrémité très-effilée ; il s'épaissit à mesure qu'il s'ap-

proche de la dilatation artérielle, mais il n'arrive à remplir tout à fait le calibre de l'artère qu'à deux centimètres au-dessous du sac. La cavité de celui-ci est distendue par un renflement sphérique de ce même caillot.

Au-dessus de l'ectasie existe un court caillot de 1 centimètre seulement, qui s'effile rapidement et offre, par suite, une forme conique très-accusée.

La longueur du caillot est la suivante dans ses diverses parties[1] : au-dessus de l'anévrysme, 1 centimètre; au-dessous, 5 centimètre 1/2, dont 2 pour la partie renflée qui avoisine le sac, et 3,5 pour la portion amincie. En ajoutant à ces divers chiffres 1 centimètre pour la longueur du caillot situé dans le sac, on voit que la totalité de la coagulation occupant la radiale estde 9 centimètres 1/2.

Ce caillot, de couleur rouge brun, est homogène dans toutes ses parties, sans trace de stratification. Sa consistance est ferme, élastique, *fibrineuse*. Sa surface est lisse, mais elle adhère à la paroi vasculaire au niveau de l'anévrysme et un peu au-dessous, en sorte que de petites parcelles restent attachées à cette paroi quand on essaye de l'en séparer.

La perforation du sac est très-difficile à distinguer au premier abord et avant l'incision des parois artérielles; elle est masquée par un petit prolongement cruorique du caillot dans lequel se perdent les bords très-minces de la déchirure. En agitant le vaisseau sous l'eau, les parcelles qui masquaient cette perforation se détachent, et en même temps on voit flotter dans le liquide une pellicule extrêmement déliée qui l'entoure comme d'une collerette. L'ouverture ainsi circonscrite est irrégulièrement ovalaire, longue de 3 millimètres environ.

Après l'incision et l'étalement des parois vasculaires, il devient manifeste, soit par l'examen direct, soit par l'examen *à contre jour* et en s'aidant d'une loupe, que l'on a sous les yeux un exemple indéniable d'anévrysme *mixte interne*. Au voisinage immédiat de la perforation, la pellicule ténue dont nous avons parlé se continue dans le vaisseau avec son revêtement intérieur; c'est, à n'en pas douter, la tunique interne soit complétement isolée, soit doublée encore extérieurement d'une faible couche dépendant de la tunique moyenne.

A mesure que l'on s'éloigne des bords de la perforation, on voit la transparence et la minceur de la paroi anévrysmale disparaître, mais par dégradations successives, en sorte que dans une zone concentrique à celle où la tunique interne paraissait seule exister, il semble que le sac soit en outre formé par une partie de la tunique moyenne. Dans les autres points du sac, la paroi vasculaire n'offre pas de modifications appréciables. La dilatation paraît donc s'être faite exclusivement

[1] Ces mesures ont été prises sur la pièce fraîche.

Le dessin n'ayant été fait qu'après un assez long séjour dans l'alcool, il en résulte que les dimensions ci-dessus ne s'y retrouvent pas exactement, et que le plus l'artiste a représenté des rides qui sont l'effet du liquide alcoolique.

Le dessin est du reste un peu plus petit que nature.

aux dépens d'un amincissement de la paroi vasculaire dû à l'action du calorique sur une portion limitée du vaisseau.

En ce point, la tunique externe et tout ou partie de la tunique moyenne étaient manifestement détruites. L'ectasie portait donc uniquement ou presque uniquement sur la tunique interne.

Cette lésion si étrange n'a pu se produire qu'à la faveur de circonstances tout exceptionnelles.

En se reportant aux détails de l'observation, il est facile de suivre pas à pas le processus pathologique. L'escharre dure et résistante qui formait au début un bracelet compressif autour de l'avant-bras a d'abord efficacement protégé le vaisseau atteint contre l'effort de la systole cardiaque. Peu à peu, à mesure que cette sorte de cuirasse s'est ramollie dans le bain où elle était plongée, la paroi artérielle affaiblie s'est progressivement laissée distendre ; mais alors aussi se sont formés les caillots, d'abord dans le sac, puis progressivement au-dessous et au-dessus. Cependant la barrière qui s'est développée à l'aise dans le bout inférieur, où elle n'avait à subir que le choc d'une onde récurrente, ne s'est formée au-dessus du sac que dans des proportions insuffisantes. Aussi, lorsque l'imbibition complète de l'escharre a privé la radiale de tout appui adventif, l'ondée sanguine a pu s'insinuer entre la paroi vasculaire et le petit caillot du bout supérieur, pénétrer dans le sac et en déterminer la rupture.

La rapidité et l'étendue de la coagulation dans le canal artériel, le caractère transitoire, éphémère de l'ectasie (tous ces phénomènes ont évolué en six jours) constituent-ils des raisons suffisantes pour refuser à cette lésion la qualification d'*anévrysme ?*

Reportons-nous aux définitions classiques de cette affection :

Pour Hart[1], « c'est une tumeur renfermant du sang et communiquant avec la cavité d'une artère. »

P. Broca[2] définit l'anévrysme « une tumeur circonscrite, pleine de sang liquide ou concrété, communiquant directement avec le canal d'une artère et limitée par une membrane qui porte le nom de sac. »

Richet[3], « une tumeur formée par le sang en communication avec le canal d'une artère. »

Léon Le Fort[4], « une tumeur pleine de sang liquide ou concrété, distincte du canal de l'artère avec laquelle elle communique et consécutive à la rupture partielle ou totale des tuniques artérielles. »

On le voit, toutes ces définitions, à l'exception peut-être de la

[1] *System of Surgery*, vol. I, 1862, art. ANÉVRYSME.
[2] *Des anévrysmes et de leur traitement*, Paris, 1856.
[3] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANÉVRYSME.
[4] *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. ANÉVRYSME.

dernière, s'appliqueraient exactement au fait que nous rapportons.

Nous avons cependant hésité à écrire le mot d'*anévrysme* en tête de cette note. C'est qu'en effet, aujourd'hui, ce mot n'est pas absolument synonyme de dilatation artérielle, suivant l'acception qu'on lui donnait au dix-septième siècle. Les caractères de l'affection à laquelle il se rapporte doivent être cherchés, non-seulement dans l'anatomie pathologique, mais encore, mais surtout dans la clinique. Pour mériter le nom d'anévrysme, une tumeur *communiquant avec le canal d'une artère*, alors même qu'elle serait le résultat *de la rupture partielle des tuniques du vaisseau*, doit en outre posséder des conditions de durée, offrir une physiologie pathologique, donner lieu à des symptômes et à des indications thérapeutiques qui ne se rencontrent pas dans le fait actuel. Ici l'ectasie n'a pour ainsi dire pas eu le temps de se constituer à l'état de lésion définie. Elle n'a été qu'une courte étape, une sorte d'acheminement vers une rupture inévitable. Par suite, au point de vue clinique, qui est et doit demeurer le principal aux yeux des chirurgiens, la dénomination d'anévrysme nous a paru contestable. Nous avons donc cru devoir lui substituer celle d'*ectasie anévrysmoïde*, qui indique à la fois le fait anatomique que nous avons constaté et les réserves qu'il est bon d'accentuer à propos de la taxonomie de pareilles lésions.

Ce n'est pas qu'au point de vue purement anatomique on ne pût reconnaître dans ce fait un véritable *anévrysme mixte interne;* les auteurs anciens, moins soucieux que nous de l'évolution symptômatique des maladies, n'auraient sûrement pas hésité à donner un pareil titre à notre observation.

On connaît les phases diverses par lesquelles cette espèce d'anévrysme a passé. On l'admit d'abord en s'appuyant sur des faits pathologiques qui n'avaient aucune valeur. Plus tard, Dubois et Dupuytren crurent le démontrer sur des pièces présentées à la Faculté. Mais Béclard, qui les examina soigneusement, fut d'un avis tout opposé. (*Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1813.) Depuis, lors les auteurs n'ont guère mentionné l'anévrysme mixte interne que pour en nier l'existence. Enfin les études précises des anatomo-pathologistes modernes ont fait plus encore: elles ont conduit à révoquer en doute la possibilité d'une pareille lésion, au moins dans les anévrysmes spontanés. (Cornil et Ranvier, *Manuel d'anatomie pathologique*, 2e partie, page 543.)

Une conclusion aussi absolue est-elle applicable aux lésions traumatiques? Est-il impossible, en un mot, que les tuniques internes se dilatent après la section ou la destruction des tissus qui les recouvrent? Jusqu'ici, pour résoudre cette question, la science ne

possédait que les expériences de Haller : ayant enlevé les deux tuniques externes sur l'artère mésentérique d'une grenouille, il affirmait avoir observé la formation d'un anévrysme mixte interne.

Le fait actuel vient corroborer l'assertion souvent discutée de l'illustre physiologiste. Aussi bien, par la rareté des conditions qu'elle réunit, par la limitation exacte des lésions auxquelles elle se rapporte et par l'enchaînement régulier des phénomènes morbides, cette observation ne ressemble-t-elle pas quelque peu à une expérience de laboratoire? Ces caractères exceptionnels m'ont paru la rendre digne d'être recueillie avec soin.

Enfin je me suis proposé, en la présentant à la Société, d'attirer l'attention sur les lésions si peu étudiées des vaisseaux sanguins dans les brûlures et de démontrer leur importance au point de vue du pronostic.

RAPPORT DE M. VERNEUIL.

Messieurs,

Cette observation renferme la description d'une lésion qui n'a point été, à ma connaissance, signalée jusqu'à ce jour et que la théorie même n'aurait jamais fait prévoir.

Une artère de quatrième ordre est comprise dans une escharre profonde consécutive à une brûlure par le feu ou pour le moins est tangente à cette escharre; un travail d'élimination sépare les parties mortifiées. D'après les notions ordinaires, l'une et l'autre de ces deux causes, action du calorique et inflammation éliminatrice, auraient dû rétrécir le calibre du vaisseau et provoquer la coagulation du sang dans son intérieur. C'est précisement le contraire qui a lieu. L'artère reste perméable, elle se dilate considérablement et se rompt au point dilaté, d'où une hémorrhagie inattendue et qu'on attribue naturellement à une solution de continuité du vaisseau à la réunion du mort et du vif.

La dissection minutieuse démontre la véritable cause de l'issue du sang et prouve l'existence d'une variété jadis fort contestée et aujourd'hui généralement rejetée, c'est-à-dire l'anévrysme mixte interne.

Telle est en substance le fait très-curieux que M. Pozzi nous fait connaître.

S'agit-il là d'une curiosité anatomique qui se produit pour la première fois et qu'on ne reverra jamais, ou bien cette exception se retrouverait-elle si l'on examinait avec plus de soin l'état des vaisseaux dans les brûlures profondes, c'est ce que je ne saurais dire. Toujours est-il que si nos classiques indiquent la possibilité des hémorrhagies consécutives à la mortification par action calo-

rique, ils ne nous donnent aucun renseignement direct ni précis sur le mode de production de cet accident.

C'est évidemment en interrogeant, à l'avenir, et la pathologie expérimentale et l'anatomie pathologique, que l'on saura si oui ou non, la lésion susdite est extrêmement rare.

A ce point de vue, le fait de M. Pozzi ouvre une voie nouvelle qui, si étroite qu'elle soit, n'en a pas moins son importance. Je n'hésite donc pas à vous proposer :

1° D'adresser à M. Pozzi des remercîments pour sa curieuse communication;

2° D'insérer celle-ci dans nos bulletins.

Communications.

1° M. Polaillon donne lecture de l'observation suivante :

Grossesse extra-utérine terminée par l'enkystement du produit de la conception.

Obs. — Une femme de 37 ans, enceinte pour la troisième fois, entra le 20 septembre 1874 à la Maternité de Cochin, pour se faire soigner d'accidents graves qui compliquaient sa grossesse.

Cette femme avait toujours joui d'une excellente santé. Les deux grossesses antérieures avaient suivi un cours régulier et les accouchements avaient été naturels. Les suites du dernier accouchement, qui eut lieu en 1861, furent compliquées par une péritonite. Après un séjour d'un mois dans le service de M. le Dr Desnos, à l'hôpital Saint-Antoine, la malade se rétablit complétement et put reprendre sa profession de couturière. Depuis cette époque jusqu'à l'apparition de la troisième grossesse, sa santé fut bonne; les règles se montrèrent dans leur périodicité et leur quantité normales ; aucune douleur, aucune tumeur ne se manifesta vers la région hypogastrique.

La dernière époque menstruelle apparut le 20 avril 1874. Vers la fin du mois de mai, la malade fut prise de vomissements incessants qui durèrent trois semaines. Peu de temps après, des douleurs très-vives, qui se répétaient irrégulièrement la nuit et le jour, se firent sentir dans le bas-ventre. La malade fut obligée de garder le lit presque constamment. L'amaigrissement fit de rapides progrès, en même temps que le ventre se développait d'une façon bizarre et comme en pointe.

Lors de son entrée à la Maternité, je trouve une femme profondément anémique, très-amaigrie, et dont le moral est affecté par les souffrances qu'elle endurait et probablement aussi par des chagrins antérieurs et actuels. La grossesse datait d'environ cinq mois. Le ventre était un peu plus volumineux et un peu plus saillant que ne le comporte une grossesse arrivée à cette période. Le col de l'utérus offrait un volume et une consistance à peu près semblables au volume

et à la consistance d'un col de l'utérus chez une femme multipare en état de vacuité. Son orifice externe était fermé. Il était repoussé en haut et en arrière par une tumeur développée sur la paroi antérieure de l'utérus. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, était facilement sentie lorsqu'on déprimait la paroi antérieure du vagin. Elle était lisse à sa surface et d'une consistance élastique. Elle adhérait en arrière au corps de l'utérus, s'appuyait en avant contre le pubis et se confondait en haut avec la masse qui distendait la cavité abdominale. Il ne me fut pas possible de sentir le ballottement. Mais l'existence d'une grossesse était démontrée par les battements très-nets du cœur du fœtus. Le maximum des bruits cardiaques se faisait entendre à 8 ou à 9 centimètres au-dessus du pubis, à droite et un peu en dehors de la ligne médiane, c'est-à-dire en un point plus élevé que celui où on les entend habituellement dans une grossesse arrivée à cette période. Le bruit du souffle utérin était très-net. Les mouvements actifs du fœtus étaient perçus par la mère; mais il ne m'a pas été possible de les sentir pendant mes explorations. Il y avait une incontinence d'urine par compression de la vessie.

Si la grossesse était évidente, la cause qui produisait le développement un peu anormal du ventre et la tumeur que l'on sentait en déprimant la paroi antérieure du vagin me parut moins facile à distinguer. Plusieurs personnes, qui examinèrent cette malade, pensèrent à une grossesse compliquée d'un myôme ramolli par l'état de gestation. Cependant, ce qui aurait dû mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'état du col utérin qui n'était pas hypertrophié et ramolli, comme lorsque l'utérus est distendu par le produit de la conception.

Le séjour au lit pendant plusieurs jours, l'usage des opiacés et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen améliorèrent assez l'état de la malade pour qu'elle exigeât sa sortie.

Le 7 *octobre* elle rentre à l'hôpital dans un état plus alarmant qu'auparavant. L'abdomen a augmenté de volume. Il est le siége de douleurs extrêmement vives qui sont exaspérées par la pression et empêchent le sommeil. La fièvre est presque continuelle. Le facies présente le type abdominal. L'inappétence est complète et l'amaigrissement fait encore des progrès.

En présence de ces phénomènes qui menacent, à bref délai, la vie de notre malade, la question d'interrompre le cours de la grossesse en provoquant un accouchement prématuré est posée. Cependant nous temporisons encore afin d'atteindre autant que possible le terme de sept mois. L'âge du fœtus était alors d'environ six mois.

Le 17 *octobre*, dans la matinée, la malade est prise de spasmes nerveux et de frissons. Les douleurs abdominales sont excessives. Le plus léger contact réveille ces douleurs. L'auscultation avec le stéthoscope est presque impossible tant le ventre est douloureux. On constate cependant que le cœur du fœtus continue à battre. Comme les cataplasmes laudanisés ne peuvent plus être supportés à cause de leur poids, je fais recouvrir le ventre de la patiente avec une large emplâtre de

Vigo dans laquelle on a incorporé de l'extrait de belladone et de l'extrait de ciguë.

Les jours suivants les douleurs abdominales deviennent un peu moins vives. A la fin d'octobre nous constatons que les bruits du cœur fœtal ne s'entendent plus. Le fœtus est mort.

Le 3 *novembre*, les seins sont gonflés et douloureux ; à leur surface se dessinent des veines bleuâtres. Les phénomènes de cette montée du lait se dissipent quatre jours après.

Depuis la mort du fœtus, je prescrivis de surveiller avec un grand soin tous les écoulements, qui allaient probablement se faire par le vagin, ainsi que l'expulsion du produit de la conception.

Le 7 *novembre*, il y eut par le vagin un léger écoulement sanguinolent. D'après les linges tachés, je peux évaluer la quantité de cet écoulement à celle d'une cuillerée à bouche. L'issue d'un liquide légèrement teinté par du sang persista jusqu'au 13 novembre. Mais aucun caillot, aucune membrane ressemblant à une caduque n'a été expulsé. Le col a conservé les caractères que j'ai indiqués et son orifice est resté fermé. — Le ventre s'est affaissé. Les douleurs abdominales sont moins vives. L'incontinence d'urine a cessé. Mais l'état général est toujours mauvais.

Le 16 *novembre*, développement d'une phlegmatia alba dolens qui envahit successivement les deux membres inférieurs, et qui dure pendant un mois.

Cependant l'embryon n'avait pas été expulsé. Au milieu de décembre, la poche qui le contenait avait diminué des trois quarts. Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine n'offrait plus de doute. Cependant je ne voulus pas encore en avoir la certitude absolue en pratiquant le cathétérisme utérin, de peur de produire quelque inflammation dans la poche embryonnaire et d'en amener la suppuration.

Pendant les mois de janvier et de février, la patiente ne présente rien d'anormal. Sous l'influence d'un régime fortifiant ses forces reviennent peu à peu. Lorsqu'on comprime l'hypogastre, on réveille quelques douleurs et on sent une tumeur profonde.

Le 3 *mars*, je pratique le cathétérisme de l'utérus avec un hystéromètre. L'instrument pénètre à une profondeur de 4 centimètres 1/2. Je constate que la cavité utérine est vide.

Le 22 *mars*, la malade quitte la Maternité dans l'état suivant : une tumeur du volume d'une orange, d'une consistance dure, est située en avant de la face antérieure de l'utérus. Un doigt introduit dans le vagin, tandis que l'autre main est appliquée sur le bas-ventre, permet d'apprécier exactement quel est le volume et quelle est la consistance de cette tumeur. Cette exploration produit encore de la douleur. Mais cette douleur ne se développe pas spontanément et la malade peut rester debout et marcher sans souffrance. L'utérus est adhérent à la tumeur, son corps paraît atrophié ; son col est petit, dur et fermé. Les règles ne sont pas revenues.

Cette observation de grossesse extra-utérine nous paraît digne

d'intérêt, parce qu'elle ne s'est pas accompagnée du développement qu'on appelle *sympathique* de l'utérus, parce que la mort du fœtus n'a pas été accompagnée par l'expulsion d'une caduque, et parce que le kyste fœtal, au lieu de s'enflammer et de suppurer, comme cela arrive habituellement, s'est rétracté sur le produit de la conception, le tout tendant à se transformer en un corps dur, inaltérable, qu'on a appelé *lithopède*.

Discussion.

M. Guéniot se montre surpris du résultat final : en 6 mois, d'après l'observation, le volume du kyste s'est trouvé réduit à celui d'une grosse orange. M. Guéniot n'a pas connaissance d'un fait semblable ; ordinairement la diminution du volume se fait beaucoup moins rapidement.

M. Depaul ne saurait admettre le défaut de développement sympathique de la matrice. Le cathétérisme utérin a été pratiqué trop tard; mis en usage au début, il eût donné des résultats différents. Quant à l'exfoliation de la muqueuse utérine, M. Depaul l'a observée dans tous les cas qu'il a pu suivre; la membrane a toujours été éliminée, soit en totalité, soit par fragments.

M. Depaul trouve dans les détails de l'observation de M. Polaillon tous les éléments nécessaires pour asseoir un diagnostic certain de la grossesse extra-utérine : âge assez avancé (37 ans), grossesses antérieures, dont la dernière remonte à une époque un peu éloignée, menstruation normale, développement irrégulier de l'abdomen, douleurs violentes avec accidents fébriles pendant toute la durée de la grossesse (ces douleurs, qui se présentent rarement avec ces caractères dans les grossesses ordinaires, sont l'indice d'une péritonite localisée produite par l'œuf qui se greffe sur la membrane séreuse de l'abdomen). A ces signes, il faut joindre ceux que donne le toucher : tumeur développée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, déplacement de la matrice en sens inverse de celui qu'on observe habituellement, col offrant toutes les modifications de cet organe qui accompagnent la grossesse normale. Les battements du cœur du fœtus ne permettant pas de douter de la grossesse, il ne s'agissait que de déterminer si elle était utérine ou extra-utérine. Or, M. Depaul pense qu'il était possible de résoudre la question, et cela au moyen de la sonde utérine, qui, conduite avec précaution, eût pénétré non à 4 centimètres et demi, mais à 7, 8 ou 10 centimètres de profondeur.

M. Depaul a eu tout récemment dans son service une femme dont l'observation fait le pendant de celle que vient de rapporter M. Polaillon. Cette femme, dont l'histoire est publiée en ce moment dans un autre journal, était restée six semaines à l'hôpital de la Pitié. A

son entrée à l'hôpital des Cliniques, elle perdait un peu de sang; son enfant venait de mourir. Dans la fosse iliaque droite on sentait une tumeur dure qui donnait la sensation d'une tête d'enfant; dans la cavité abdominale on trouvait une tumeur molle répondant à la masse de l'œuf. Le col, refoulé en avant, était modifié, mais non comme dans une grossesse de six mois. L'écoulement sanguin était formé par les lochies; la malade racontait qu'elle avait perdu, avant d'entrer à l'hôpital, *une peau*, qu'elle avait enveloppée dans un mouchoir, mais qu'on ne put retrouver : c'était certainement la muqueuse exfoliée.

La malade resta environ six semaines à l'hôpital; aucune opération ne fut tentée. Les accidents fébriles se calmèrent, la tumeur diminua de volume, la tête se porta sur la ligne médiane de l'abdomen; le kyste diminua de moitié dans l'espace d'un mois et le col regagna sa place habituelle.

Aujourd'hui les caractères de la grossesse extra-utérine sont tellement précis que le diagnostic de cette affection devient presque simple. M. Depaul en a observé dernièrement, à la Villette, avec M. Guéneau de Mussy, un autre cas dans lequel le doute n'était pas permis davantage.

M. Polaillon fait remarquer que, chez sa malade, le col était refoulé en arrière et la tumeur descendait dans le cul-de-sac antérieur. Vers le cinquième mois, la forme du ventre était régulière et le toucher n'apprenait rien que de normal; le col était seulement plus petit et plus dur que d'habitude. Au dire de la malade, le ventre était plus en pointe que dans ses grossesses antérieures. Mais d'après l'examen qu'il a fait à l'entrée de la malade, M. Polaillon n'a pas constaté ce fait. Dans ce cas, le col n'était presque pas développé.

Une fois l'enfant mort, on a examiné avec soin tout ce qui s'échappait par les organes génitaux: il y avait peu de liquide et jamais on n'a vu ni caillot ni membrane. Il faut donc reviser l'opinion généralement admise, qui veut qu'il se développe toujours une caduque utérine, dans le cas de grossesse. Quant au cathétérisme utérin, employé comme moyen de diagnostic dans la grossesse, M. Polaillon le croit dangereux et de plus inutile, si l'on est certain de l'existence d'une grossesse extra-utérine, insuffisant et de nature à provoquer l'avortement dans les cas où la conviction n'est pas entière. Même après la mort du fœtus, quand il y a de la fièvre et de l'amaigrissement, M. Polaillon évite le cathétérisme, pour ne pas provoquer d'accidents inflammatoires du côté du péritoine. Quand la santé de la femme est complétement rétablie, le cathétérisme peut donner la certitude absolue de l'existence d'une

grossesse extra-utérine. Le diagnostic de cette dernière est facile, quand tous les signes rappelés par M. Depaul se trouvent réunis ; mais quand il n'en existe qu'un ou deux, le diagnostic est très-difficile.

M. Polaillon persiste à croire que, chez sa malade, il n'y a eu ni développement sympathique du corps de la matrice, ni exfoliation de la muqueuse utérine. Quant à la rétraction du kyste, il l'a suivie avec trop de soin pour admettre qu'elle puisse être révoquée en doute.

M. Depaul, en parlant de la facilité d'établir le diagnostic de la grossesse extra-utérine, n'a eu en vue que la seconde moitié de la grossesse. Il apprend à l'instant que la femme dont il vient de dire quelques mots, et qui avait quitté l'hôpital des cliniques sans fièvre et dans un état de santé satisfaisant, est morte il y a peu de jours à la Pitié, et que l'autopsie a confirmé l'exactitude du diagnostic qui avait été porté : il y avait dans l'abdomen un kyste suppuré contenant un fœtus.

2° M. Perrin communique la note suivante :

Remarques sur le diagnostic des sarcomes de la choroïde à leur première période.

La courte communication que je désire faire à la Société est relative au diagnostic des sarcomes de la choroïde durant leur première période, c'est-à-dire avant l'invasion des phénomènes glaucomateux. On ne saurait méconnaître l'intérêt pratique qui se rattache à cette question, car c'est dans la précision et la sûreté de ce diagnostic que le chirurgien puisera la confiance suffisante pour sacrifier un organe qui est encore sain en apparence, et pour décider le malade à une opération au moment où les chances de récidive sont le moins redoutables.

Nous n'avons en vue, en ce moment, que les cas dans lesquels l'examen ophthalmoscopique est encore possible.

On attribue au sarcome naissant les signes suivants :

a) L'œil miroite d'un éclat gris-bleuâtre : il présente l'aspect de l'*œil de chat amaurotique, de Beer*. Ce symptôme manque de précision, parce qu'il appartient également au gliôme de la rétine et à certains décollements rétiniens, ensuite et surtout parce qu'il fait fréquemment défaut avec le sarcôme peu avancé. Dans les deux derniers cas qu'il m'a été donné d'observer, l'œil de chat n'existait pas et la pupille avait cet aspect gris-bleuâtre que lui donne le décollement rétinien et parfois le glaucôme.

b) Le fond de l'œil est le siége d'un décollement de la rétine

survenu en dehors des causes connues habituelles, ayant un siége anormal et ne produisant aucun tremblottement. Ce signe est de haute valeur, à la condition toutefois que l'on n'attribue pas une importance exagérée à l'absence du tremblottement qui existe quelquefois.

c) La tension exagérée du globe oculaire représente un troisième symptôme très-précieux, mais assez souvent difficile à constater en raison de son faible degré.

d) Enfin, un quatrième signe, sur lequel je viens spécialement appeler votre attention, est représenté par la constatation à l'ophthalmoscope du réseau vasculaire du néoplasme. Ce symptôme, mentionné d'abord par Otto Becker, dans trois observations de son mémoire (*Zur Diagniose intra ocularer Sarkome; Archiv für Augen und Ohrenheilkund Carlsruhe*, 1870), et sur lequel M. le Dr Brière a tout particulièrement insisté dans son remarquable travail sur le sarcome de la choroïde [1], me paraît mériter la plus grande confiance lorsque les conditions permettent encore de le constater. Avec lui seul on peut affirmer sans hésitation l'existence d'une tumeur sous-rétinienne. Sans lui, les autres signes réunis laissent de l'indécision dans l'esprit. Cette constatation est très-facile, même pour les personnes peu habituées au maniement de l'ophthalmoscope. Elle se fait avec le réflecteur seul. Il suffit de diriger l'éclairage vers la tache blanc-jaunâtre qui existe au fond de l'œil et qui est occasionnée par la tumeur. Sur cette tache, qui fait relief, on distingue un grand nombre de petits capillaires sinueux, fort semblables aux capillaires de la substance cérébrale hypérhémiée, qui naissent et qui se perdent manifestement dans la substance du néoplasme. Ce réseau vasculaire ne saurait être confondu ni avec les vaisseaux de la rétine, ni avec le réseau choroïdien. Il est limité à la production et il suffit d'examiner successivement la tache pathologique et les parties situées en dehors d'elle pour échapper à l'erreur. Une question moins facile à résoudre est celle de savoir s'il est plus ou moins souvent permis de constater les vaisseaux propres du néoplasme. Pour que la chose soit possible, il faut de toute nécessité que la portion de rétine qui coiffe la tumeur ait conservé sa transparence, malgré la distension qu'elle doit subir, alors que les autres parties de la membrane, plus ou moins décollées, paraissent opalines. L'expérience seule pourra permettre de se prononcer à cet égard. Il y a quelques mois, en discutant cette question dans l'article CHOROÏDE du *Dictionnaire encyclopédique*, j'arrivais, en me fondant sur l'opinion de Graefe, de Knapp, etc., à cette conclusion que la constatation dont il est

[1] *Étude sur le sarcome de la choroïde*, Paris, 1874.

question n'est possible que dans des cas tout à fait exceptionnels. Aujourd'hui, je suis beaucoup moins exclusif, parce que j'ai rencontré, dans la même année, deux faits qui m'ont permis de le faire avec la même facilité.

Voici, aussi brièvement que possible, les deux observations auxquelles je fais allusion : chez un premier malade, l'œil, examiné au moment où les milieux réfringents étaient encore très-transparents, présentait dans la région de la tache jaune une surface arrondie très-saillante, d'une teinte jaunâtre, mesurant environ dix fois le diamètre de la papille et à la surface de laquelle on voyait très-distinctement de nombreux capillaires sans connexion avec les vaisseaux rétiniens qui contournent la tumeur. Tout autour de cette dernière, la rétine était décollée, mais assez transparente encore pour laisser voir des masses pigmentaires situées derrière. L'aspect des choses a été représenté avec une très-grande vérité dans l'image ophthalmoscopique que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux et qui a été dessinée par M. le Dr Guichet, médecin stagiaire de l'école du Val-de-Grâce. Dans cet œil, la tension n'était pas sensiblement augmentée. Il n'y avait pas de miroitement pupillaire caractéristique, et pourtant je n'hésitai pas à porter le diagnostic : sarcome de la choroïde. Je dois dire que jusqu'alors l'affection n'a fait aucun progrès et ne m'a pas permis encore de confirmer mon diagnostic par d'autres symptômes.

Vers la même époque, un soldat du même régiment vint me consulter pour une affection tout à fait semblable. Je diagnostiquai également un sarcome de la choroïde et lui recommandai de revenir me voir. Il est revenu il y a un mois environ. L'examen ophthalmoscopique était encore possible. Je constatai au miroir l'existence d'un décollement occupant toute l'étendue du fond de l'œil, à l'exception d'une zone transversale intermédiaire située en dehors de la papille, occupant toute la région de la tache jaune et s'étendant jusque vers l'*ora serrata*. Cette zone est occupée par une masse saillante, de nuance gris-jaunâtre, mouchetée sur certains points de masses pigmentaires et couverte à sa surface d'un réseau capillaire appartenant au néoplasme. La rétine décollée était flottante sur beaucoup de points, la tension oculaire notablement augmentée. Je conseillai au malade d'entrer à l'hôpital dans le but de le débarrasser de son œil. Il ne voulut y consentir, comme il arrive bien souvent, qu'au moment où la phase glaucomateuse se déclara. L'opération a été faite hier matin.

La cavité oculaire, ouverte immédiatement, contenait une tumeur ronde, saillante, mesurant plus d'un centimètre dans tous les sens, faisant une saillie de 6 millimètres environ, formée par un tissu gris-rougeâtre, moucheté de plaques ou de taches mélaniques et,

ee qui est le plus important, présentait à sa surfaee de nombreux rameaux eapillaires appartenant à la produetion pathologique. Le siége, la disposition de ces vaisseaux rappelaient exactement ce que j'avais eonstaté sur le vivant. Toutefois, on voyait, en outre, sur plusieurs points, des suffusions sanguines que l'ophthalmoscope n'avait point révélées et qui sans doute remontaient seulement à l'invasion des phénomènes glaueomateux. Malgré tous mes soins, vingt-quatre heures ont suffi pour altérer un peu cette disposition; mais j'espère néanmoins que vous pourrez encore en constater la réalité.

L'examen de la tumeur, montre qu'il s'agit d'un sareome blane.

Discussion.

M. Panas a eu l'oecasion, hier, d'observer un cas analogue à celui de M. Perrin et il a porté également le diagnostic : *sarcome de la choroïde*. Le malade est un homme de 27 ans, fabrieant d'instruments de ehirurgie; il a perdu la vue graduellement, depuis 5 à 6 mois, sans éprouver aucune douleur; son œil présente nettement ce miroitement qui est désigné sous le nom d'*œil de chat amaurotique*. La pression intra-oculaire est augmentée, la pupille largement dilatée. A l'ophthalmoscope, on constate ce réseau vasculaire très-fin, indépendant des réseaux ehoroïdien et rétinien sur lequel a insisté M. Perrin et qui constitue un signe très-important du sarcome de la ehoroïde. Dans ee eas eneore, la tumeur s'est développée au côté externe de la papille, ee qui parait être son siége de prédileetion; elle présente un fond rouge avec de petites mouchetures ou un piqueté un peu plus foncé, eomme la surface d'une fraise. Elle eorrespond à la tache jaune et la rétine qui la reeouvre est très-amincie. Plus en dedans, on trouve un déeollement de la rétine, qui est flottant et châtoyant.

M. Panas a proposé au malade l'énucléation de l'œil. Mais comme toujours, dans ces cas, l'opération a été refusée par le malade, qui ne eomprend pas la gravité d'une affeetion développée sans douleur. En attendant que de nouveaux aceidents le décident à s'y soumettre, M. Panas lui a conseillé des frietions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur.

3° M. Guyon fait la eommunication suivante:

Pièce de cinq francs en argent avalée et arrêtée dans l'œsophage. — Extraction par les voies naturelles.— Guérison.

L'histoire des corps étrangers introduits dans les eonduits ou les eavités naturelles offre un intérêt bien justifié par l'importanee de l'intervention chirurgicale dans cette sorte d'accidents.

Obs. — Samedi dernier on conduisait dans mon service à l'hôpital Necker un jeune homme de 23 ans qui, après boire et par gageure, avait avalé une pièce de cinq francs en argent. Le médecin de la ville avait administré un vomitif qui, facilement avalé, avait été non moins facilement rendu. L'interne de garde avait pu pratiquer le cathétérisme de l'œsophage, le malade avait ingurgité plusieurs pots de tisane. On m'annonça que la pièce de cinq francs devait être dans l'estomac. Je ne pus explorer le dimanche matin, la moindre manœuvre de cathétérisme faisait vomir le malade. M. Moura, présent à l'hôpital, put cependant faire l'examen laryngoscopique, qui ne permit en aucune façon de voir le corps étranger.

Le lundi matin, après m'être assuré que la palpation la plus complète et le toucher le plus profond ne permettaient pas de sentir le corps étranger, je pratiquai le cathétérisme avec une tige de baleine armée d'une olive de moyen volume. Je pénétrai dans l'estomac sans rien sentir. En retirant l'instrument je crus percevoir un léger choc.

Le mardi, je repris l'exploration à l'aide de l'instrument construit par M. Collin pour la recherche des corps étrangers de l'œsophage et de l'estomac. Cet explorateur entièrement métallique a, grâce à un tambour à parois fort minces, une puissance de transmission du son des plus remarquables. Cette puissance est même trop grande et j'en fus gêné dans une première tentative. Le frôlement des doigts sur la tige métallique, son contact avec les dents troublaient la recherche. Je revêtis la tige métallique d'un tube de caoutchouc, et je pus dès lors procéder facilement à la recherche du corps étranger. Un choc très-net, perçu par les assistants eux-mêmes, indiqua nettement la présence de la pièce d'argent. Le degré d'enfoncement de l'explorateur montrait à quelle profondeur on la rencontrait. C'était dans la partie supérieure de l'œsophage au niveau de la portion cricoïdienne du larynx.

Le malade, qui pouvait déglutir et qui n'était nullement gêné dans sa respiration, accusait en ce point une douleur fixe, que la déglutition exagérait. Il ne pouvait, il est vrai, avaler que des boissons ou des aliments liquides.

Je m'étais muni de pinces œsophagiennes, construites par M. Collin sur le modèle de la pince laryngienne de Cusco; cette pince peut s'ouvrir d'arrière en avant, contrairement aux pinces œsophagiennes de l'ancien arsenal qui s'ouvrent latéralement. Dans l'espèce, il eût été bien difficile de se servir d'instruments s'ouvrant latéralement. La pièce était, en effet, verticalement placée dans la position même où elle avait dû être déglutie, il fallait la saisir par son bord supérieur et non par son diamètre transversal.

Après trois ou quatre tentatives, je fus assez heureux pour engager le bord supérieur de la pièce dans les mors de la pince, je la saisis solidement, grâce à des pointes aiguës et fines que j'avais fait ajouter aux mors, et je l'amenai facilement à l'extérieur sans la lâcher un seul instant. Il n'y avait pas eu de sang et le malade fut, on peut le dire, instantanément guéri.

J'avais, de propos délibéré, rejeté l'emploi du panier de de Graefe,

cependant préconisé pour les corps étrangers mousses. Je craignais de faire basculer la pièce, de l'enclaver peut-être derrière le sommet de la trachée dans une position horizontale, ou de la placer, sans pouvoir immédiatement l'enlever, sur l'ouverture du larynx. Avec la pince, rien de semblable n'était à craindre et les difficultés de la manœuvre étaient bien compensées par leur sécurité. La crainte de pincer la muqueuse aurait pu me retenir, mais il est en vérité facile avec l'instrument dont je me suis servi d'éviter cet accident. Je dois cependant déclarer que la connaissance précise du siége du corps étranger, due à l'exploration que j'ai décrite et grâce à l'instrument résonnateur, contribua avant tout à donner aux manœuvres de préhension une sécurité et une précision qu'elles n'eussent certainement pas eues sans ces renseignements préalables.

Ce qui me paraît constituer l'intérêt de ce cas, c'est, au point de vue nosologique, la possibilité de la déglutition des liquides et des aliments mous et même du passage d'explorateurs sans que le corps étranger fût rencontré, l'absence de toute sensation par la palpation, de douleur fixe accusée par le malade. S'il eût été nécessaire de faire l'œsophagotomie, je n'aurais certainement pas pu me guider sur le relief du corps étranger. Au point de vue du traitement, c'est la possibilité d'un diagnostic rigoureusement exact à l'aide d'un explorateur approprié, *pouvant fournir un contact et un son bien distincts*, et enfin la facilité relative et la sécurité de l'extraction directe avec des pinces œsophagiennes dont les mors s'ouvrent d'avant en arrière, sans écartement des branches.

Discussion.

M. Giraldès reconnaît les inconvénients que présente le panier de Graefe, chez les sujets non chloroformisés : le corps étranger peut basculer et déterminer des accidents. Si le sujet est préalablement anesthésié, rien de semblable n'arrive : on peut alors retirer brusquement l'instrument et le corps étranger est jeté vivement au-dessus de la base de la langue, les mouvements réflexes provoqués par le contact des instruments étant supprimés. Il importe donc, avant de tenter l'extraction des corps étrangers, de provoquer le sommeil anesthésique : l'extraction des pièces de monnaie, est alors très-facile ; celle des corps étrangers munis de pointes offre souvent plus de difficultés, car on ne peut agir de la même façon, à cause des déchirures qu'on produirait.

M. Paulet, dans le cas où les tentatives d'extraction n'eussent point été couronnées de succès, n'eût point hésité à pratiquer l'œsophagotomie. En effet, parmi les corps étrangers arrêtés dans l'œso-

phage, les uns sont de petit volume et ne sont retenus que parce qu'ils ont pénétré par une pointe dans la paroi du conduit : il est impossible de prévoir à l'avance quel sera leur siége; la douleur qu'ils provoquent et la palpation peuvent nous renseigner à cet égard. Les autres sont arrondis et mousses, et leur volume seul les empêche de passer; ceux-là s'arrêtent toujours à la naissance de l'œsophage, au niveau du sphincter cricoïdien, point le plus rétréci du conduit. C'est donc là qu'a dû s'arrêter la pièce de cinq francs chez le malade de M. Guyon et c'est là qu'il fallait la chercher tout d'abord.

M. Marjolin. Ce qui rend souvent difficile l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, c'est l'oubli d'une précaution importante qui consiste à *immobiliser complétement* les malades au moyen d'un drap roulé autour du thorax et des membres supérieurs et à maintenir les mâchoires écartées avec un bouchon. Cette précaution n'est pas moins essentielle chez les adultes que chez les enfants; elle permet d'extraire les corps étrangers dans les premiers moments, avec de simples pinces à polypes, alors que des tentatives malheureuses ne les ont pas encore reportés plus bas. Le panier de Graefe a également ses avantages et M. Marjolin s'en est servi plusieurs fois avec succès.

M. Tillaux. Le siége des corps étrangers se trouvant, dans les cas analogues à celui de M. Guyon, au niveau de l'anneau cricoïdien, il conviendrait de les appeler *corps étrangers du pharynx* et non corps étrangers de l'œsophage.

4° M. Sée communique le fait suivant :

Plume métallique fixée dans la paroi du pharynx; extraction. — Abcès consécutif du médiastin. — Administration du chloral. — Guérison.

Obs. — Un petit garçon de 11 ans fut amené, le 1er mars 1875, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour qu'on lui retirât une plume métallique qu'il venait d'avaler. L'enfant avait tenu la plume entre ses lèvres; en courant, il avait ouvert la bouche et une large inspiration avait porté dans l'arrière-bouche le corps étranger, qui s'y était fixé par sa pointe.

Après quelques essais infructueux, l'interne de garde était parvenu à saisir la plume avec une pince à pansement ordinaire et à la détacher de la paroi pharyngienne. Mais, à ce moment, un mouvement brusque de l'enfant la fit échapper, et elle passa dans l'estomac. Un vomitif fut immédiatement administré et le corps étranger fut expulsé.

Le lendemain, à la visite, je constatai un peu d'emphysème à la partie inférieure du cou, et le malade se plaignait de douleurs en avalant.

Le 3 mars, léger mouvement fébrile; l'enfant fait quelque difficulté pour prendre des aliments. En examinant le pharynx, on ne constate au-

cune lésion. En comprimant au-dessus de la fourchette sternale et au-dessus de la clavicule, on détermine un peu de douleur. Les mouvements du cou sont génés et douloureux. Insomnie.

4 *mars*. — Les aliments pris la veille ont été rejetés en partie par le vomissement, la fièvre persiste au même degré. Je prescris un régime exclusivement lacté.

Les jours suivants, les vomissements se répétèrent après chaque ingestion de liquides. Dans les intervalles, l'enfant crachait des mucosités mêlées de pus.

Cet état se prolongeant sans aucune amélioration, les parents emmenèrent le petit malade, qui s'ennuyait à l'hôpital.

Ils le ramenèrent huit jours après (16 *mars*). Les accidents avaient pris du développement, la difficulté de la déglutition, la fièvre, l'insomnie n'avaient fait qu'augmenter ; les vomissemcments étaient fréquents et l'amaigrissement avait atteint des proportions inquiétantes. L'enfant crachait des quantités considérables d'un pus fétide, mêlé de mucus et avec des stries sanguines. Il en rendait deux crachoirs pleins par jour.

17 *mars*. — Une nouvelle inspection du pharynx ne fait rien découvrir d'anormal. Il n'existe aucun gonflement sur le trajet du cou. La percussion du thorax n'apprend rien de net. Je pense néanmoins qu'il existe un abcès dans le médiastin postérieur, communiquant avec la partie inférieure du pharynx.

18 *mars*. — Même état. L'amaigrissement fait des progrès manifestes. La fièvre est continue et l'enfant refuse de prendre tout aliment. Dans l'impossibilité do pratiquer une injection dans le foyer de l'abcès au moyen d'une sonde, et aussi dans la crainte de répandre le liquide injecté dans le tissu cellulaire du médiastin, j'ordonne de faire boire à l'enfant, toutes les demi-heures, plusieurs cuillerées d'une solution de chloral au 100e, persuadé qu'une portion notable de ce liquide pénétrerait dans la cavité de l'abcès et en opérerait la désinfection, tandis que celle qui arriverait dans l'estomac calmerait la douleur et procurerait du sommeil.

19 *mars*.— L'enfant, malgré sa répugnance à avaler quoi que ce soit, a pris fréquemment, dans la journée d'hier, de la solution de chloral. Il a un peu dormi dans la nuit et il a un peu moins craché. Même traitement.

20 *mars*. — L'amélioration continue; les vomissements ont presque complétement disparu.

23 *mars*. — Il n'y a plus de vomissements, la fièvre a diminué, le facies est meilleur ; l'enfant commence à manger un peu et les forces reviennent.

25 *mars*.— La déglutition n'est plus douloureuse, l'enfant maintenant mange avec plaisir. L'expectoration purulente est réduite à quelques crachats rejetés pendant la nuit. Le petit malade demande à se lever. Tout permet d'espérer une guérison prochaine.

Je ferai remarquer que, dans cette circonstance, la solution de

chloral a rendu des services qu'on demanderait en vain à d'autres agents antiseptiques, attendu qu'aucun autre ne pourrait, sans inconvénient, être introduit dans l'estomac et absorbé à doses considérables; tandis que le chloral a été utile, localement en désinfectant la cavité qui fournissait le pus, au point de vue de l'état général, en calmant la douleur et en provoquant le sommeil.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel, M. Sée.

Mémoire

De la forcipressure comme succédané de la ligature,

par le professeur Verneuil. (3e article[1].)

Nous avons réuni dans le chapitre précédent une série de faits assez disparates, mais dans lesquels cependant on retrouve les caractères communs suivants :

Vaisseaux généralement de petit calibre plus ou moins invisibles ou inaccesssibles, par conséquent très-difficiles, sinon impossibles à isoler et à lier, d'où la nécessité de saisir *médiatement* à la surface de la plaie même leur ouverture à l'aide de pinces ou d'instruments analogues laissés en place un temps suffisant.

Nous allons aujourd'hui passer en revue des cas qui se présentent dans des conditions tout autres.

Vaisseaux de calibre variable, mais souvent considérable (la fémorale entre autres), aisément apercevables, abordables, isolables, soit dans la plaie récente ou ancienne où ils versent du sang, soit à une certaine distance, c'est-à-dire dans leur continuité, donc faciles à lier *immédiatement*, et cependant au lieu de les étreindre circulairement avec un fil, on les saisit entre les mors d'une pince ou de tout autre instrument agissant comme le pouce et l'index, et on les aplatit pour mettre en large contact leur paroi interne pendant un temps plus ou moins long.

Ce n'est donc plus par nécessité et faute de mieux qu'on utilise la pince ; c'est de parti pris et dans le but d'assurer mieux l'oblitération vasculaire qu'on adopte la forcipressure de préférence à la ligature vulgaire. Cette substitution a pour origine et pour raison d'être les défauts réels ou imaginaires attribués à cette dernière opération.

La campagne entreprise contre elle date de loin ; elle a repris vigueur dans le dernier quart du dix-huitième siècle et s'est continuée jusqu'à nos jours avec des temps d'arrêt et des recrudescences. Plusieurs chirurgiens d'un grand mérite y ont pris part.

En juge impartial, je dirai que l'opposition n'a pas toujours été juste, et que jusqu'à démonstration contraire la ligature reste et

[1] *Voir* pages 17 et 108 de ce volume.

restera le premier et le plus usuel des moyens hémostatiques directs ; mais après cette déclaration rien ne m'empêchera de reconnaître qu'elle a parfois des inconvénients et des dangers, qu'elle mérite quelques-uns des reproches articulés contre elle, et qu'enfin les méthodes rivales lui sont certainement supérieures en quelques cas donnés.

Je rappellerai d'abord et brièvement les griefs énoncés depuis le début du procès.

A) La ligature ne peut que difficilement interrompre complétement le courant sanguin dans le point serré, parce que les tuniques trop résistantes des grosses artères ne peuvent se froncer et arriver à ce contact intime, condition indispensable à l'adhésion qui seule peut produire l'occlusion définitive.

B) Si la ligature n'est pas primitivement assez serrée, elle se relâche et laisse passer le sang ; il faudrait donc pouvoir à volonté rétrécir l'anneau qu'elle forme. Si en revanche elle est trop fortement étreinte du premier coup, elle peut sectionner net le vaisseau en travers si celui-ci est surtout altéré et friable.

C) Même sans trancher immédiatement le vaisseau, la ligature en opère la section trop vite avant que l'adhésion soit solide et que l'organisation du caillot soit suffisante, d'où l'imminence et l'apparition trop commune des hémorrhagies secondaires.

D) La ligature interrompt trop brusquement la circulation dans les membres et les expose ainsi à la gangrène si les voies collatérales sont trop étroites ; pour prévenir ce résultat il faudrait qu'elle fermât progressivement et petit à petit la lumière des vaisseaux.

E) Une fois obtenues l'adhésion des parois vasculaires et la formation du caillot obturateur, la ligature a terminé sa tâche. Ce travail d'occlusion est beaucoup plus rapide qu'on ne pourrait le croire ; quelques heures, un jour, ou au plus deux ou trois, y suffisent. Passé ce délai, le fil est non-seulement sans utilité, mais devient même nuisible, c'est un corps étranger intempestif qui empêche la cicatrisation de la plaie, l'irrite et même l'empoisonne à la façon des agents septiques ; tandis qu'il serait fort utile de le pouvoir extraire de bonne heure et à volonté, bon gré mal gré il reste en place pendant un temps souvent fort long.

Certes, si je me proposais de reprendre pour la centième fois la défense de la ligature, je démontrerais sans peine combien ces accusations sont exagérées et comment on a mis trop souvent sur le compte de la méthode, ce qui revient en propre à quelques-uns de ses procédés évidemment défectueux. J'insisterais également sur l'incohérence des accusations dont une moitié au moins détruit l'autre ; enfin je prouverais que les accidents consécutifs : gangrène, hémorhagies secondaires, section trop précoce ou trop tardive de

l'artère, etc., ont des causes beaucoup plus complexes que la constriction trop faible ou trop forte, trop lente ou trop prompte du vaisseau, causes généralement méconnues à l'époque où l'on discutait ardemment tous ces points.

Fondés ou non, les griefs susdits ont donné naissance à un certain nombre de procédés destinés à les faire disparaître. Ceux-ci voulant accoler immédiatement, largement les parois vasculaires sans les blesser, ont pratiqué l'aplatissement instantané ; ceux-là, craignant la gangrène, ont employé aussi l'aplatissement, mais progressif. Les uns, pour éviter la section trop prompte, ont recommandé les ligatures médiates, avec interposition entre le fil et le vaisseau de corps étrangers de natures diverses. Les autres, préoccupés surtout du séjour prolongé des fils, ont imaginé ou la constriction passagère ou les ligatures amovibles. Quelques-uns enfin ont simplement proscrit la ligature et l'ont remplacée par des moyens infiniment moins sûrs, l'acupressure par exemple.

La plupart de ces amendements, après avoir joui d'une vogue éphémère ont en fin de compte disparu de l'ordre du jour. La ligature ordinaire exécutée surtout avec des fils fins, c'est-à-dire par le meilleur et le plus simple de ses procédés, a seule survécu, et à peine dans nos livres modernes mentionne-t-on des tentatives qui ne semblent plus appartenir en quelque sorte qu'à l'histoire de l'art.

Or, en ceci, les contemporains me semblent avoir été trop loin ; ils ont tort de passer sous silence les imperfections de la ligature qui, réduites à leur juste valeur, sont indéniables. Tort aussi de rejeter dédaigneusement et d'un seul coup des procédés imaginés et mis en pratique par des hommes comme Desault, Percy, Deschamps, Scarpa, Assalini et d'autres encore. Tort encore de ne conserver devant la variété extrême des cas cliniques qu'une seule ressource opératoire, qu'une unique corde à leur arc. Plus tort enfin d'avoir jugé la théorie et la pratique des dissidents sans enquête suffisante, sans même avoir souvent lu les écrits de ces derniers ni examiné les faits et les résultats publiés.

Un fait serait de nature à nous inspirer quelques réflexions salutaires. La compression indirecte a été employée dans les anévrysmes avant la ligature à distance ; la méthode d'Anel-Desault-Hunter, l'a rapidement détrônée sans la faire néanmoins complétement oublier. Lentement elle a continué sa marche, renouvelé ses tentatives, perfectionné son manuel, et c'est elle qui est aujourd'hui maîtresse du terrain.

N'en pourrait-il être de même de certains procédés ? Nés du besoin de remplir des indications exceptionnelles, il est vrai, mais capables de se présenter à nouveau, ne devraient-ils pas devenir, sinon le moyen d'élection, du moins l'expédient de nécessité, et à

ce titre ne mériteraient-ils pas d'être connus, équitablement appréciés, et vulgarisés au besoin ?

Ces réflexions m'ayant servi de guide, j'ai cru bon de réviser le procès de l'aplatissement des artères et j'ai pensé que vous écouteriez avec quelque intérêt le résumé de ma longue enquête.

J'ai dit plus haut que les nombreuses modifications proposées à la ligature ordinaire pouvaient se réduire à quatre principales. Aplatissement complet d'emblée, aplatissement progressif et graduel, ligature médiate, ligature temporaire ou amovible ; n'oubliant pas le titre de mon premier travail, je me bornerai à étudier l'aplatissement obtenu avec des instruments en forme de pince[1].

De l'aplatissement des artères.

A la fin du siècle dernier et dans les premières années de celui-ci on comptait, pour obtenir l'oblitération des artères, sur l'adhésion interne de leurs parois juxtaposées et non sur la rupture de leurs tuniques. L'aplatissement provoquant une légère inflammation, semblait le moyen le plus propre à réaliser l'adhésion susdite. La section circulaire et linéaire était redoutée et accusée de produire des hémorrhagies secondaires.

Cette théorie, qui devait régner jusqu'à l'adoption générale des idées de Jones, conduisait naturellement à l'emploi des liens plats et larges, des ligatures avec interposition de corps étrangers, à la manière de Scarpa, et aussi à l'invention d'instruments qui, à la façon du pouce et de l'index, aplatissent les vaisseaux dans une étendue et pendant un temps plus ou moins considérables.

Cependant la nécessité pratique plutôt que la théorie paraît avoir inspiré le premier essai connu d'aplatissement instrumental. C'est à Desault que nous le devons.

Anévrysme faux de l'artère crurale, opéré par M. Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. Observation communiquée par M. Petit, désigné chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Journal de méd., chir., phar., etc.*, avril 1790, t. LXXXIII, p. 54.)

M. Lemaitre, précepteur des enfants de Mme Saint-Didier, 29 ans, sec, bilieux, très-irritable, se blessa le 11 mars 1789, avec un canif dont la lame pénétra dans la cuisse droite, au tiers supérieur et interne, et à un pouce de profondeur. La lame arrachée de la plaie, il s'échappe de celle-ci un jet de sang sortant rapidement et par saccades. Lacoste, chirurgien de la maison, arriva alors que l'hémorrhagie était arrêtée, appliqua un bandage serré par dessus des compresses trempées dans l'eau-de-vie, et fit deux saignées.

[1] Dans un travail en préparation et qui sera bientôt publié par un de mes élèves, sera traitée la question des serre-nœuds artériels ou presse-artères à action plus ou moins circulaire.

Le 12, journée tranquille.

Le 13, à la suite de mouvements inconsidérés, première hémorrhagie que Lacoste arrêta encore par un bandage compressif.

Le 21, nouvelle hémorrhagie. Inquiet, Lacoste fait demander Desault, qui voit le malade le 26.

Il croit à une plaie de l'artère crurale, mais comme le sang n'a pas coulé depuis cinq jours, il espère que la compression et un repos absolu suffiront. Néanmoins, dans la nuit du 28 au 29, il y eût encore une hémorrhagie qui fût arrêtée de nouveau par les mêmes moyens. A cette époque, rétention d'urine pendant cinq jours, sonde à demeure pendant ce temps.

Le 14 avril, la plaie ne se fermait pas, quoique l'état général fût assez bon, nouvelle hémorrhagie. Desault propose alors la ligature de l'artère, qui est acceptée.

Pendant qu'un aide comprime la crurale au pli de l'aine, le chirurgien agrandit la plaie dans l'étendue de quatre pouces, incise le couturier, enlève les caillots, isole l'artère, et passe deux doubles ligatures, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la plaie faite par le canif. Les deux ligatures voisines de l'ouverture de l'artère furent liées, et les deux plus éloignées furent laissées pour l'attente.

Le 17 avril, troisième jour de l'opération, nouvelle hémorrhagie provenant d'un point situé au-dessus de la ligature d'attente supérieure. Desault y passe une nouvelle ligature double, dont l'une fût serrée sur le vaisseau, ainsi que la ligature d'attente inférieure. Agitation, fièvre, idées de suicide.

Le 25 avril, sixième hémorrhagie, aussi considérable que les précédentes, venant des ligatures inférieures; on en applique d'autres qui arrêtent le sang.

Le 2 mai, grande hémorrhagie, la septième, attribuée à des efforts du malade par suite de douleurs causées par des hémorrhoïdes. Desault prévenu passa en haut et en bas de nouvelles ligatures, les serra convenablement, et renouvela l'appareil.

« Quatre jours après, voulant prévenir le retour d'hémorrhagies qui auraient pu amener l'affaiblissement de l'artère et le relâchement des ligatures, il plaça au-dessus d'elles, sur les côtés de l'artère, deux petites palettes de bois blanc de quinze lignes d'étendue, larges de trois, maintenues rapprochées par quelques tours de fil ciré, et qui comprimaient l'artère latéralement avec plus ou moins de force, lorsque l'on enfonçait entre leurs extrémités supérieures un petit coin fait avec le même bois. Cette utile précaution, en soutenant l'effet du sang, sauva au malade de nouvelles hémorrhagies. La suppuration s'établit dans la plaie; les bords en furent tenus écartés, et le pus eût toujours une issue facile. Le malade reprit des forces, des aliments et de l'appétit; il n'était guère gêné que par la position horizontale constante qu'il était obligé de garder. La plaie ne fût jamais recouverte que de charpie dans son milieu, et de languettes de cérat sur ses bords.

« Le 21 mai, trente-huitième jour après l'opération, les petites palettes

de bois tombèrent; les ligatures les avaient précédées de quelques jours. »

Le 9 juillet, la cicatrice était ferme et solide, quatre mois après l'accident, quatre-vingt-sept jours après l'opération, et soixante-dix jours après la dernière ligature.

. . . .

L'appareil fût suggéré à Desault par la fréquence des hémorrhagies, l'insuffisance des ligatures ordinaires, la difficulté de les passer, et l'impossibilité d'obvier à leur relâchement.

J'ai reproduit presque textuellement ce fait curieux parce que les auteurs qui l'ont cité l'ont tronqué et défiguré de manière à le rendre parfois incompréhensible ; ils ont, en effet, pour la plupart confondu et amalgamé en une seule deux observations publiées à un an d'intervalle et tout à fait différentes[1].

Desault s'occupa quelque temps encore de l'aplatissement artériel comme l'atteste la phrase suivante écrite par Percy en 1792 : « Cet habile chirurgien (Desault) se défie beaucoup des ligatures et s'est attaché à y suppléer ou du moins à en assurer l'effet trop incertain par différentes petites machines en bois en forme de pincettes, dont encore il n'est pas satisfait. »

Je répéterai donc volontiers avec Richerand : « Il est probable que si une mort prématurée ne l'eût enlevé, Desault eût été conduit à substituer l'aplatissement des artères, par la compression immédiate, à la constriction circulaire qu'exercent les ligatures. Il n'y a, en effet, qu'un pas du moyen employé par Desault à l'invention des pinces à valet à patin avec lesquelles il est si facile de graduer la pression exercée sur l'artère[1]. »

La pincette de bois, il faut en convenir, si ingénieuse et si simple qu'elle fut, ne devait pas être d'un maniement bien commode ; on conçoit sans peine qu'elle ne dut pas séduire les chirurgiens, mais on peut s'étonner qu'il ait fallu plus de vingt ans pour la remplacer par une pince métallique.

Malgré cela, l'idée ne devait pas périr ; elle allait être reprise par un chirurgien de l'époque, qui la poursuivit longtemps (1790 à 1810) et avec assez de persévérance pour en devenir en quelque sorte le second père. Je veux parler de Percy.

Fut-il, comme le pense Malgaigne, inspiré par l'invention de Desault, ou par ses réminiscences de l'école d'Alfort, on ne saurait le dire. Toujours est-il qu'en 1792 il fit faire à l'aplatissement des artères un pas décisif en avant. Voici à quelle occasion.

[1] La première en date est de 1789 ; elle se trouve également dans le *Journal de méd., chir., phar.*, etc., janvier 1789, t. LXXVIII, p. 174 ; la seconde, que nous venons de citer, est de 1790.

[2] Richerand, *Dict. des sciences méd.* en 60 vol., article ANÉVRYSME, t. II, p. 104, 1812.

On sait que, dans les dernières années de son existence, l'Académie royale de chirurgie posait volontiers comme questions de prix l'étude de divers instruments usuels et de certaines méthodes opératoires. Elle avait désigné, pour le concours de 1790, la question suivante : *Déterminer la meilleure forme des diverses espèces d'aiguilles propres à la réunion des plaies, à la ligature des vaisseaux et à d'autres cas où leur usage serait jugé indispensable, et décrire la méthode de s'en servir.*

Non satisfaite des six mémoires qui lui étaient parvenus, l'Académie, dans sa séance publique d'avril 1790, remit la question pour 1792. Cette fois Percy se mit sur les rangs et lut son mémoire dans la séance publique de 1792[1].

Les idées originales qu'il renferme ne restèrent pas tout à fait inédites, mais ne furent jamais exposées d'une façon complète.

En 1827 seulement, deux ans après la mort de Percy, parut le livre de Laurent, son ancien élève et collaborateur. Dans cet ouvrage intitulé : *Histoire de la vie et des ouvrages de F.-R. Percy, composée sur les manuscrits originaux*, nous trouvons des extraits textuels du mémoire de 1792, qui nous permettent de juger approximativement le travail primitif, et d'établir d'une manière à peu près certaine que Percy commença ses recherches vers 1790 ou 1791, c'est-à-dire après la publication du fait de Desault.

Trois passages de l'article *ligature*, signé Percy et Laurent et inséré, en 1818, dans le Dictionnaire en 60 volumes, t. XXVIII, pp. 190, 194, 199, feraient remonter à 1780 ou 1784 les expériences faites sur les animaux avec la lame de plomb ; un autre passage du livre de Laurent (p. 114), indique que le résultat de ses expériences fut communiqué à l'Académie de chirurgie en 1789 ; de son côté, Larrey avance qu'il fut rendu compte à l'Académie de ces expériences en 1788. (*Clin. Chir.*, t. III, p. 173, 1829.) Ces divergences sont fort embarrassantes pour l'histoire ; mais la phrase suivante de Percy, extraite du mémoire de 1792, me paraît lever tous les doutes. Elle est ainsi conçue :

« On enseigne à l'école vétérinaire d'Alfort, à arrêter l'hémorrhagie de la carotide ouverte dans la saignée de la jugulaire avec une lame de plomb dans laquelle on enveloppe l'artère. *L'an dernier, tout préoccupé du programme de l'Académie,* je fus curieux d'essayer ce procédé et je le pratiquai avec le sieur Anginiard, maréchal-expert du régiment. »

[1] Je répète avec tous le monde que Percy *lut* son mémoire en séance publique, mais je n'en ai pas la preuve, peut-être le travail fut-il simplement déposé, du reste il ne fut ni couronné ni publié.

Donc en l'absence de toute preuve écrite, j'attribue à Desault la première idée de la forcipressure[1].

Quoiqu'il en soit de la question de priorité, qui du reste est d'intérêt secondaire, nous trouvons dans le travail de Percy des raisonnements, des expériences, et jusqu'à un fait clinique très-intéressant. La science n'a enregistré qu'une faible partie de ces documents, c'est pourquoi je vais les reproduire avec quelques détails[2].

« Il faut convenir, dit Percy, que la ligature des grosses artères n'est pas un moyen exempt d'inconvénient; leurs tuniques dures, épaisses, élastiques, se prêtent difficilement à une constriction parfaite. Il faut donc, pour effacer entièrement le canal artériel, que le lien soit très-serré, et alors il risque de couper l'artère. On avait proposé, pour obvier à ce danger, d'interposer une petite compresse entre le lien et l'artère, mais ce procédé empêchant d'étrangler suffisamment le vaisseau, le sang reparaissait bientôt après, et on l'a abandonné. »

A l'époque où écrivait Percy, on s'accordait à dire que les grosses artères étaient trop résistantes pour que la ligature circulaire put en mettre les parois en contact intime. Cette assertion est fort inexacte à coup sûr, au moins en ce qui concerne les artères de l'homme ; mais peut-être était-elle vraie pour les gros vaisseaux du cheval. Percy du moins l'affirme dans un autre passage « Je fis, dit-il, avec une sorte de ficelle, deux ligatures à l'artère crurale que j'ouvris dans l'intervalle. Je m'aperçus alors combien il est difficile de plisser, d'étreindre exactement les tuniques artérielles surtout chez le cheval. Je serrai les liens de toutes mes forces, encore coula-t-il un peu de sang Les ligatures avaient fait cependant une empreinte très-profonde sur l'artère. »

Percy, après avoir cité Desault et les pinces de bois, propose à son tour l'emploi du plomb sous deux formes différentes, ce qui constitue en réalité deux procédés hémostatiques.

1er *Procédé. Anneaux de plomb.* — « On ne connaît pas assez, dit Percy, l'utilité du fil de plomb en général. Rien de plus utile pour certaines sutures ; pour le bec de lièvre entre autres, nous n'avons jamais vu manquer un seul point. Pour serrer et relâcher la suture, il suffit de tordre ou de détordre le fil qui étant rond ne coupe pas. Il peut prendre dans son trajet toutes les formes possibles, et on peut convertir l'anse qu'il forme en carré ou triangle, par la simple pression avec un ou deux doigts et le fil de plomb irrite

[1] J'espère pouvoir quelque jour trancher définitivement ce point, en consultant les procès-verbaux manuscrits de l'Académie royale de chirurgie.

[2] Consultez le livre de Laurent, de la page 104 à la page 119.

PARIS. — Imp. Paul DUPONT, rue J.-J.-Rousseau, 41 (Hôtel des Fermes). (263, 4-5.)
Le gérant : G. MASSON.

infiniment peu les tissus. Pour obvier à son peu de solidité, on peut le faire tirer sur un fil d'or ou de platine très-fin, ee qui le rend plus fort et moins altérable chimiquement. »

J'ai cité ces lignes, parce qu'en écrivant l'histoire des sutures métalliques les auteurs n'ont point cité Percy. Le paragraphe suivant rendra également à notre compatriote un petit instrument qui n'est eonnu aujourd'hui que sous le nom d'un chirurgien étranger (tube de Galli).

« Nous recommandons aux praticiens, dit Percy, un moyen qui leur procurera les résultats les plus satisfaisants. Il eonsiste dans de petits anneaux de plomb un peu épais que l'on porte à l'aide d'une pince à bec étroit sur l'extrémité du vaisseau coupé, saisi et tiré un peu à soi. On pousse dessus l'anneau qu'on aplatit avee force avec une autre pinee sans dégager la première, qu'on ne retire qu'après s'être assuré de l'étreinte exacte du vaisseau, lequel, gros ou petit, ne donne plus de sang ainsi que nous l'avons eent fois éprouvé dans les amputations et dans l'extirpation des tumeurs volumineuses, qu'on ne saurait disséquer sans diviser nombre de vaisseaux qu'il faut lier à mesure qu'ils sont ouverts. »

2[e] *Procédé. Lames de plomb.* — Les anneaux de plomb conviennent aux vaisseaux tronqués, aux plaies vasculaires à un seul bout. Pour oblitérer les artères dans leur continuité il fallait un autre moyen : c'est celui que Perey recommande particulièrement à l'attention de l'Académie.

« On enseigne à l'École d'Alfort à arrêter l'hémorrhagie de la carotide ouverte dans la saignée de la jugulaire avec une lame de plomb, dans laquelle on enveloppe cette artère sans y intercepter le cours du sang. Percy répéta ce procédé avee M. Auginiard[1], maréchal-expert de son régiment. Sur un cheval vigoureux la earotide droite fut incisée en long dans l'étendue de quelques lignes ; on plaça autour le rouleau de plomb qu'on serra graduellement sans empêcher le sang de eouler en très-grande quantité. « Comme l'animal s'affaiblissait et qu'on ne pouvait arrêter l'hémorrhagie par ee moyen, Percy aplatit le rouleau avec les mors d'une tenaille et le sang s'arrêta. L'artère parfaitement oblitérée par l'aplatissement du plomb continua à battre au-dessus de l'obstacle.

Le lendemain, sur le même eheval, il fit deux ligatures sur l'artère crurale qu'on ouvrit dans l'intervalle. Ces ligatures n'arrêtant pas eomplétement le cours du sang, on entoura l'artère avec la lame de plomb, qu'on aplatit le plus possible, et il ne eoula plus une goutte de sang.

Même expérience, même résultat sur la carotide gauche (ce qui

[1] C'est Anginiard, paraît-il, qu'il faut lire.

prouve en passant, dit Percy, qu'on pourrait très-bien lier la carotide en cas de nécessité).

Des essais semblables faits sur un âne, des moutons, des chiens, ont toujours réussi; chez « ces derniers animaux, du reste, on arrête les hémorrhagies avec les moyens les plus simples. »

Percy pensait qu'en aplatissant ainsi les artères, et en conservant intactes les tuniques interne et moyenne, on obtiendrait l'adhésion des parois d'une manière plus prompte et plus sûre, et cette théorie fut, paraît-il, confirmée par la présentation faite à l'Académie de seize artères de cheval aplaties par le plomb et oblitérées dans une étendue plus ou moins considérable, les unes en deux ou trois jours, les autres en six ou huit.

On objecta à cette méthode, et avec quelque fondement, que l'introduction d'une substance métallique dans une plaie récente devait l'irriter et déterminer sur les parois de l'artère une inflammation ulcérative qui en détruirait les tuniques et causerait une hémorrhagie consécutive. A quoi Percy répond que la ligature circulaire faite avec un fil ciré ne prévient pas toujours ce terrible accident.

Quant au manuel, « rien n'est plus sûr ni plus expéditif que de passer sous le tube artériel une lame de plomb courbée en demi-cercle, ayant un centimètre de largeur et quelques millimètres d'épaisseur, d'achever de la courber en cercle et de serrer celui-ci avec les mors d'une pince un peu forte, de manière à ce que la moitié des parois du vaisseau soit collée à l'autre moitié. »

Il ne manquait à cette doctrine que d'être consacrée par une application sur l'homme vivant. Percy trouva bientôt l'occasion et la saisit six semaines, paraît-il, après son expérience sur les animaux, par conséquent, sans doute dans le cours de 1791.

Obs. — Une femme de Draneourt (village entre Noyon et Compiègne), âgée de 56 ans, portait depuis longtemps à la partie inférieure et postérieure de la cuisse un ulcère carcinomateux d'une étendue et d'une profondeur effrayantes. Un charlatan y avait appliqué, douze jours auparavant, une poudre renfermant de l'orpiment. Il en était résulté des douleurs très-aiguës et une escharre très-épaisse. J'en enlevai des lambeaux et fis sur la masse restante des scarifications en m'éloignant de l'artère, dont les pulsations étaient très-sensibles. Le lendemain, j'apportai un tourniquet, dont j'appris l'usage aux parents au cas où le sang coulerait tout à coup. Dix-huit jours après, l'escharre tomba d'une seule pièce et laissa voir dans l'étendue de près de deux travers de doigt l'artère crurale, sur les tuniques de laquelle le caustique avait aussi exercé ses ravages.

Le surlendemain, l'appareil fut teint de sang; je me décidai, pour prévenir les suites d'une crevasse complète, à oblitérer l'artère avec le plomb.

J'incisai en haut et en bas afin de la découvrir davantage, détruisis ses adhérences avec le manche d'un scalpel et passai au-dessous d'elle une lame de plomb à demi roulée, longue d'un pouce, large de quinze lignes et épaisse d'une et demie. Je tâchai de la rouler et de l'aplatir soigneusement avec de fortes pincettes, en commençant par le milieu, d'où j'arrivai lentement à chaque bout, afin d'obtenir une oblitération complète.

L'ulcère fut pansé avec la charpie, et le tourniquet laissé en place, car, malgré la confiance donnée par les expériences sur les animaux, je redoutais le moment de la chute du plomb. Celui-ci tomba le 22e jour sans qu'il parût trace de sang. La portion d'artère qu'il renfermait ressemblait à du parchemin mouillé ; de ses extrémités pendaient des débris filamenteux assez longs. J'avais observé la même chose sur les animaux, mais jamais la séparation n'avait été aussi tardive.

La malade guérit parfaitement.

Cette observation si intéressante a passé tout à fait inapercue, ou du moins je ne l'ai vue citée dans aucun des auteurs que j'ai consultés (Malgaigne excepté). Elle eût été cependant de nature à encourager de nouveaux essais. Chose singulière, en 1816, Percy semblait l'avoir lui-même oubliée. Rien n'indique d'ailleurs qu'il ait renouvelé sa tentative sur le vivant.

Tel est, Messieurs, le mémoire de 1792, fort remarquable et aussi fort complet, ce me semble, puisqu'il renferme une théorie, deux procédés ingénieux, des expériences nombreuses et probantes sur les animaux, et jusqu'à un fait clinique heureux, c'est-à-dire, en somme, un ensemble cohérent de faits et de raisonnements qui, néanmoins, depuis bientôt 80 ans, est mentionné, jugé et condamné en cinq ou six lignes environ.

C'est que, comme les livres, les procédés ont leur destin. Celui de Percy fut soumis bientôt à une épreuve désastreuse.

Le 26 mars 1792, Deschamps assista avec Louis et plusieurs autres à des expériences sur le cadavre faites à l'hospice des Écoles de chirurgie. On essaya sur la fémorale divers procédés, entre autres le plomb laminé proposé par Percy. Après plusieurs tentatives, il paraît que Chopart préféra la ligature.

Le 6 avril suivant Deschamps, devant opérer à son tour, s'exerça sur le cadavre en présence de plusieurs assistants ; la confiance que Louis paraissait avoir dans la pression de l'artère enveloppée par la plaque de plomb détermina Deschamps à tenter ce procédé ; il s'y reprit à plusieurs fois, mais soit que le moyen par lui-même ne fut pas jugé bon, soit qu'il y ait eu défaut d'adresse de sa part, le procédé fut universellement rejeté par les assistants, et la liga-

ture fut faite le lendemain en présence de Louis, Chopart, Pelletan et plusieurs autres [1].

On conçoit qu'un échec dans des conditions semblables équivalait à une condamnation à peu près sans appel. Percy ne protesta pas, et lorsqu'en 1818 il rappelle ses premiers essais, il ne songe point à réhabiliter la pince de plomb [2], ni à invoquer même le succès qu'il avait obtenu à son aide. Un seul auteur contemporain, encore sans autorité, il est vrai, approuva le procédé de Percy. « On pourrait encore, dit-il, au lieu d'employer la ligature ordinaire, aplatir l'artère, soit au moyen du serre-artère du citoyen Deschamps, soit en employant une lame de plomb recourbée comme l'avait proposé le citoyen Percy. Peut-être ce dernier moyen serait-il plus propre que tout autre à prévenir les hémorrhagies, qui ont été si souvent la suite de la ligature. Mais l'expérience ne nous ayant pas encore éclairé sur ce point, je dois suspendre mon jugement [3].

Caillot ne connaissait probablement pas les expériences de Percy sur les animaux, ni le cas de la femme de Drancourt.

Quelques années plus tard, 1805, la lame de plomb est encore recommandée et même employée sur le vivant, mais cette fois par un chirurgien étranger, dans un cas tout à fait spécial et pour des vaisseaux de petit calibre.

Paletta, dans une lettre écrite à Siebold le père et intitulée : *Courtes remarques sur la castration et la taille*, dit que depuis qu'il a vu le tétanos et la mort survenir après la ligature en masse du cordon, il n'a jamais employé cette méthode. Il procède de la manière suivante : il dénude le sarcocèle et le cordon à coups de bistouri et lie les artères scrotales et inguinales, puis il entoure le cordon avec un linge fin sur lequel il place une petite feuille de plomb.

Cela fait, il soulève le testicule de la main gauche et observe si la lame de plomb est assez serrée pour arrêter le sang dans le cordon; puis il le serre davantage par une douce pression exercée avec deux doigts. Si cela ne suffit pas, on saisit l'artère avec une pince et un crochet, et on la lie.

Ce procédé, dit Paletta, est rapide et n'a jamais manqué son effet. Quelquefois cependant il fait la ligature isolée des vaisseaux. Souvent il s'est vu dans la nécessité de lier les veines du cordon, par lesquelles, faute de valvules, le sang s'échappe par un mouvement rétrograde, et qui sont d'ailleurs amplifiées et augmentées de nombre [4].

[1] Deschamps, *Observ. et Réflex. sur la ligature*, etc., 1797, 2e édition, page 41.

[2] Article *Ligature*, du Dict. en 60 vol., pag. 190, 199.

[3] Caillot, *Essai sur l'anévrysme*, Thèse de Paris, an VII, no 4, pag. 74.

[4] Siebold's, *Chiron*, t. I, 1805.

Paletta, qui du reste ne cite point Percy, ne nous dit pas ce que devient la plaque compressive, ni à quel moment il la supprime. Son procédé n'a, que je sache, été adopté par personne, et je crois que Velpeau a fait une confusion de noms quand il l'attribue à Pelletan. (*Méd. op.*, 1839, t. IV, p. 311.)

Il m'a paru cependant qu'il y avait lieu d'essayer encore les lames de plomb dans la castration, mais dans un but et par un procédé un peu différents.

Comme Paletta, je rejette la ligature en masse, ayant aussi perdu un malade de tétanos, et je lie les veines du cordon. Quant aux artères, je les lie aussi au fur et à mesure qu'elles sont ouvertes dans la section du cordon faite à petits coups. Mais j'ai fait une autre remarque : bien qu'elles n'étreignent avec les vaisseaux qu'une petite quantité de parties molles ambiantes, les ligatures tardent souvent à se détacher ; il n'est pas rare qu'elles soient encore adhérentes au quinzième jour et plus tard même, ce qui retarde d'autant la cicatrisation du cul-de-sac supérieur de la plaie. J'ai pensé que le détachement plus prompt et même l'amovibilité précoce des ligatures aurait quelques avantages; c'est pourquoi j'ai opéré il y a quelques semaines de la manière suivante :

J'ai taillé dans une feuille de plomb de 1 millimètre d'épaisseur des petites plaques en forme de sablier, c'est-à-dire composées de deux plaques arrondies de 1 centimètre de diamètre, réunies par une isthme de 3 à 4 millimètres de large sur 1 centimètre de long. Pliées en deux, ces plaques figurent de petites pinces. L'extrémité ouverte du vaisseau étant saisie entre les mors, il suffit de serrer ceux-ci avec un davier pour aplatir le vaisseau. Un fil est passé dans l'anse de la pince de plomb et sert à retirer celle-ci quand elle se détache naturellement. J'ai appliqué ainsi quatre pinces de plomb qui sont tombées d'elles-mêmes au cinquième jour.

Pour rendre ces petits instruments amovibles à volonté, il suffirait de donner à l'isthme une longueur de 2 à 3 centimètres, de façon à ce qu'il reste apparent dans la portion ouverte de la plaie. On n'a qu'à couper avec des ciseaux cet isthme pour que les deux moitiés de la pince deviennent libres et soient enlevées à volonté sans le moindre tiraillement exercé sur les parties étreintes.

Mais revenons à la forcipressure. De 1792 à 1810 il n'en est plus question. Cet oubli s'explique aisément.

L'aplatissement des artères n'était pas abandonné pour cela, mais il avait été pratiqué le 20 mai 1791 à l'aide d'un instrument qui, il faut en convenir, s'appliquait plus facilement et agissait avec beaucoup plus de précision que les engins rudimentaires de Desault et de Percy. Je veux parler du *presse-artère* de Deschamps,

imaginé pour un cas urgent [1], et qui dut sa vogue à la série de succès qu'il obtint tout d'abord.

Le presse-artère fit souche. A. Dubois le simplifia en lui substituant le serre-nœud à polypes de Desault; il fut imité par Boyer, Larrey, Viricel, Delpech; d'autres cherchèrent à le perfectionner : Crampton, Ayzer, Jacobson, etc.

Pour ne pas m'écarter de mon sujet, je ne veux pas faire ici l'histoire de ces appareils, agissant tous à la manière du serre-nœud, mais dire seulement que dans les premiers temps de ce siècle ils furent employés par les adversaires de la ligature simple, concurremment et parallèlement avec le procédé de Scarpa plus ou moins modifié; et avec de nouveaux instruments agissant, ceux-ci, à la manière de pinces véritables et dont nous allons nous occuper, car ils rentrent dans notre sujet.

L'imperfection de ces premiers agents fut tellement bien cause de l'abandon temporaire de la forcipressure, que cette méthode reprit faveur dès que son exécution fut assurée par des instruments tant soit peu convenables.

1810 est la date authentique de cette renaissance. A cette époque F. J. Duret, chirurgien-major en retraite, soutint une thèse intitulée : *Sur la compression immédiate de l'artère dans l'opération de l'anévrysme.* (Paris, 31 juillet 1810, n° 85.)

Au début de ce travail il affirme d'abord avoir imaginé vingt années auparavant un instrument propre à faire la compression immédiate des artères principales des membres. Il en fit part en l'an VI (1798) à la Société de Médecine dans un mémoire sur les *Avantages e inconvénients des diverses méthodes de traiter l'anévrysme.*

On ne parla pas de son invention, ce qui le décida à en faire beaucoup plus tard le sujet de sa thèse.

Duret n'ignorait pas d'ailleurs (p. 17) que Percy avait lu, en 1792, un mémoire très-intéressant sur l'aplatissement des artères avec le plomb laminé, et depuis cette époque inventé, dans le même but, un instrument « dont le mécanisme a quelque rapport avec celui dont se servent les cordonniers pour mesurer la longueur des pieds », mais sans avoir encore rien publié à cet égard.

Duret cite encore Deschamps et Scarpa, et considérant que des praticiens autorisés préfèrent l'aplatissement de l'artère à la compression circulaire, il se demande « si cet aplatissement ne se ferait pas d'une manière plus sûre et plus simple si, après avoir préalablement dégagé l'artère de toutes les parties environnantes, on la saisissait avec le pouce et l'index et on la tenait ainsi latéralement serrée, avec un degré de force suffisante, jusqu'à son entière oblitération. »

[1] Deschamps, *Observ. et réflexions sur la ligature*, etc., 2e édit., 1797, pag. 21.

« On ne pourrait guère, suivant lui, répondre négativement. Un instrument, par conséquent, qui ferait ce qu'on suppose ici être fait par deux doigts, remplirait donc parfaitement le but de l'opération, qui deviendrait par ce moyen aussi aisée et simple qu'elle était autrefois difficile et compliquée. »

Les conditions du problème étant posées ainsi d'une façon très-claire, Duret décrit alors ce qu'il appelle ses *pinces anévrysmales* (p. 19).

C'est simplement un valet-à-patin en acier, long de trois pouces neuf lignes; l'extrémité inférieure des branches porte à sa partie interne une plaque carrée en argent de six lignes de largeur, à angles arrondis et à bords émoussés, munie de stries pour ne point glisser.

Ces plaques sont très-mobiles ; elles peuvent tourner à la manière des roues autour de l'essieu, de façon à ce que l'instrument, quand il a saisi l'artère, puisse être couché sans que les plaques se déplacent[1].

Voici comment on se sert de l'instrument :

On met l'artère à découvert dans une étendue convenable, et on l'isole sur les côtés des parties environnantes ; on la soulève ensuite avec des pinces à disséquer immédiatement au-dessus de l'endroit qu'on veut comprimer et on la fait maintenir ainsi soulevée par un aide, puis on fait la même chose à sept ou huit lignes au-dessous. Le chirurgien, écartant avec les doigts de la main gauche les lèvres de la plaie pour en apercevoir le fond, prend de la droite la pince anévrysmale, écarte les plaques, veille à ce qu'elles conservent leur parallélisme et les pose avec précaution sur les côtés de l'artère, laquelle, dès qu'on laisse agir le ressort de la pince, est aussitôt comprimée de chaque côté avec force et d'une manière stable. Enfin, après avoir placé l'index gauche sur les plaques pour qu'elles ne se déplacent pas, on couche l'instrument autant que le permet la profondeur de la plaie.

Ces pinces s'appliquent très-facilement sur le cadavre; elles rapprochent si bien les parois de l'artère qu'une injection poussée avec force dans le vaisseau le romprait plutôt que de franchir le point comprimé.

L'auteur trouve à la pince anévrysmale plusieurs avantages :

1° Elle dispense de passer un lien derrière l'artère, temps difficile pour lequel on s'est donné la peine de modifier les aiguilles ou d'en inventer de nouvelles, ce qui n'a pas empêché Deschamps de percer la veine fémorale avec son aiguille à ressort, d'où une hémorrhagie qui troubla l'opérateur pendant quelques minutes.

[1] Une planche gravée est annexée à la thèse.

2° Grâce à l'action permanente du ressort de la pince anévrysmale, l'artère est constamment comprimée au même degré, quelque affaissement qu'elle puisse éprouver du fait de la pression continue. Le presse-artère de Deschamps n'a pas cette propriété, il faut donc resserrer de nouveau le lien, et souvent dans la suite à différentes reprises.

3° Les plaques de la pince, très-rapprochées, n'écartent presque pas la plaie ; le presse-artère au contraire, ayant sept lignes de diamètre transversal cause plus de douleur et d'irritation.

4° Quel que soit le degré d'induration des parois de l'artère, la compression exercée par la pince, se faisant des deux côtés dans une étendue considérable, exclut la crainte de voir l'artère coupée avant son entière oblitération ; avec le presse-artère, au contraire, le lien peut toujours agir à peu près à la manière des ligatures ordinaires.

5° La rigidité cartilagineuse des parois artérielles, quelque grande qu'on la suppose (à moins que l'artère ne soit ossifiée), cédera toujours à l'action de la pince, action qu'on pourra d'ailleurs augmenter en écartant les branches à leur partie supérieure par l'interposition d'un corps solide quelconque.

6° La pince anévrysmale oblitère le vaisseau plus lentement que la ligature, mais elle suffit cependant pour produire l'état inflammatoire nécessaire. Cette lenteur est du reste avantageuse. En effet, faute d'une circulation collatérale suffisante, le sphacèle des membres est survenu chez un grand nombre d'opérés. Si un tel accident se montre, on pourra, si on emploie la pince anévrysmale, rétablir la circulation en enlevant l'instrument et aussitôt la gangrène se trouvera bornée. A la vérité, l'opération sera réduite ainsi à un simple essai, mais on aura encore la ressource de l'amputation.

Duret, en terminant, avoue que s'il a énoncé quelques idées particulières sur l'aplatissement artériel, il les considère comme de simples aperçus purement théoriques que les praticiens sauront bien apprécier à leur juste valeur.

J'ajouterai de mon côté quelques remarques. Je n'ai analysé dans la thèse de Duret que la partie qui confirme la description de l'instrument. Mais je reconnais qu'au point de vue théorique il a, mieux que ses prédécesseurs, sans en excepter Deschamps, compris le mode d'action et l'utilité de l'aplatissement des vaisseaux sur de larges surfaces ; de plus, il a fort bien décrit le manuel de son opération.

Ici encore surgit une question de priorité. Duret fait remonter l'invention de son instrument à 1790, c'est-à-dire précisément à l'année où fut publiée l'observation de Desault. Il cite ce grand maître, mais ne dit point, ce qui pourtant semble probable, qu'il ait

puisé dans les pincettes de bois l'idée de sa pince métallique. Il parle aussi d'un instrument inventé par Percy, mais il ne le connaît que par ouï-dire et le compare à tort au podomètre des cordonniers. Il paraît, au contraire, si nous en croyons Richerand et Ristelhueber, que Percy, au commencement de 1810, avait déjà fait fabriquer une pince graduée pour effectuer progressivement l'aplatissement artériel. La description à la vérité n'en était publiée nulle part quand Duret soutint sa thèse, et nous ne la trouvons que dans l'article *Anévrysme* du Dictionnaire en soixante volumes, 1812, et dans le mémoire de Ristelhueber publié en 1817. Une bonne planche annexée à ce dernier travail représente l'instrument de Percy, et en même temps un autre compresseur en forme de podomètre fabriqué par sir Henry, célèbre fabricant d'instruments de cette époque.

Au reste, tout le monde revendiquait alors l'invention des pinces presse-artère.

Lévêque à la page 46 de sa thèse [1], après avoir cité brièvement les instruments de Dubois, Percy et Duret ajoute :

« Dans un petit mémoire sur la compression immédiate que j'ai soumis au jugement de M. Roux en 1809, un an avant que M. Duret présentât sa thèse, j'ai aussi décrit un instrument compressif, qui me paraît laisser plus de facilité pour graduer à volonté la compression et proportionner les efforts du levier aux diverses résistances qu'il peut avoir à vaincre. Le rapprochement des plaques qui le terminent s'opère par le moyen d'une vis à écrou, et la monture des branches sur elles permet de renverser l'instrument après le pansement, suivant la longueur de la plaie. J'en donnerai quelque jour la gravure, en publiant le mémoire où il est décrit. »

De son côté Ristelhueber, qui défend Percy contre Duret, affirme qu'à la fin de 1810, il a lui-même imaginé le compresseur dont nous donnons plus loin la description.

Enfin nous verrons plus tard qu'Assalini prétend (en 1824, il est vrai) avoir fait construire un presse-artère dès l'année 1808.

En dépit de cette richesse instrumentale et bien que la ligature ne donnât pas, à Paris au moins, dans la cure des anévrysmes, de brillants résultats (Ristelhueber, p. 695), je ne sache pas qu'en France les presse-artère en forme de pinces aient été jamais mis en usage.

Richerand, en 1812 [2], cite les essais antérieurs, mais sans approbation ni improbation formelles.

Ristelhueber, en 1816, lut à la Société de médecine de Stras-

[1] *Considérations pour servir à l'histoire et au traitement des anévrysmes externes,* Paris, 22 août 1812, n° 153.

[2] Article *Anévrysme* du Dict. en 60 vol.

bourg un mémoire important sur la ligature et l'aplatissement de l'artère dans l'opération de l'anévrysme poplité[1].

Après avoir soigneusement examiné et expliqué les différentes méthodes d'oblitération des artères employées à cette époque, il donne la préférence à l'aplatissement sur la ligature ordinaire; il se prononce également en faveur du procédé de Deschamps, supérieur selon lui à celui de Scarpa et surtout à celui de Dubois, mais en fin de compte incline visiblement vers l'aplatissement latéral tel que Percy voulait l'exécuter avec sa nouvelle pince.

Cet instrument (p. 712 et *fig.* 10 et 11 de la planche Ire) est d'acier; ses branches sont maintenues au degré de rapprochement voulu par un petit bouton (à deux têtes) qui glisse dans une fente pratiquée dans la longueur. Ces branches sont terminées par deux petites plaques mobiles sur un pivot, afin que l'instrument puisse être renversé sur l'une ou l'autre lèvre de la plaie, sans que le vaisseau cesse d'être comprimé latéralement. On peut graduer la compression en faisant chaque jour descendre davantage le bouton qui rapproche les branches.

Ristelhueber trouve à cette pince quelques défauts : il remarque avec raison que si on ne la serre pas du premier coup complétement, elle se déplacera; et que si on met d'emblée en contact les parois opposées de l'artère, on ne pourra pas faire la compression graduée (que précisément à cette époque on demandait aux instruments de ce genre).

C'est pour pallier ces inconvénients qu'il imagina une nouvelle pince à pression graduée par une vis de rappel, et dont les mors élargis sont percés tout près de leur extrémité d'une ouverture capable de laisser passer un lacet. (Voir les *fig.* 7, 8 et 9 de la planche II.)

Lorsque l'artère est dénudée dans l'étendue de 4 à 5 lignes, on place au-dessous d'elle le lacet. Les deux chefs de celui-ci sont passés dans l'ouverture des mors de la pince, laquelle est descendue, les branches écartées de façon à saisir latéralement l'artère. On fait alors tourner la vis et le vaisseau se trouve comprimé. Les deux bouts des lacets sont relevés parallèlement aux branches et noués sur l'extrémité libre de la pince, échancrée à cette fin. Le lacet a pour but d'empêcher la pince d'abandonner l'artère. Il n'a que cet usage et ne doit exercer aucune pression sur le vaisseau.

Il serait peut-être bon de garnir la face interne des mors d'une couche de cuir mince pour garantir le vaisseau de l'impression du métal.

[1] *Mémoires de la Soc. méd. d'émulation de Paris*, t. VIII, 1817, p. 685.

L'instrument sera fixé ensuite avec toutes les précautions nécessaires.

Il sera facile aussi de graduer la compression en se contentant d'abord de diminuer et d'affaiblir la fréquence et la force des pulsations anévrysmales. Les jours suivants on pressera graduellement jusqu'à disparition des battements. Le douzième jour ou plus tard, lorsqu'on voudra s'assurer de l'oblitération de l'artère, on fera marcher la vis en sens contraire, et on observera ce qui se passe sans enlever l'instrument. Si les pulsations ne reparaissent pas, c'est que l'artère est oblitérée; si elles se reproduisent, on continuera la compression quelque temps encore.

Remarquez en passant que Ristelhueber, qui cependant fait preuve d'une érudition véritable, ne parle pas d'Assalini. En revanche nous verrons plus tard que ce dernier a imaginé pour des cas spéciaux une modification de son presse-artère, calquée sur l'instrument du médecin de Strasbourg.

Passons maintenant la revue des auteurs suivants :

L'instrument de Ristelhueber est à ma connaissance le dernier compresseur imaginé en France; il n'eut pas plus de succès que les autres, ni du reste que la méthode de l'aplatissement en général, laquelle, sans que je puisse en découvrir aisément la raison, fut délaissée et même souvent condamnée par la généralité des chirurgiens français.

Roux seul, en 1813[1], en parle avec quelque indulgence; il cite les pinces de bois de Desault, les pinces métalliques de Duret et de Lévêque, mais considère le presse-artère de Deschamps comme préférable, et l'on sait que pendant sa longue carrière il n'employa guère que le procédé de Scarpa.

En 1818, dans l'article *Ligature* du Dictionnaire en 60 volumes, Laurent et Percy rappellent les tentatives de l'un d'eux et de leurs successeurs, mais ils en parlent avec tant de réserve, qu'on ne saurait dire s'ils restent oui ou non partisans de l'aplatissement artériel.

En 1819, Breschet donne une traduction française du traité des maladies des artères et des veines d'Hodgson.

Dans une première note (t. I, p. 288), on parle des divers compresseurs; dans une seconde (t. II, p. 282), on rapporte l'observation de Monteggia où fut mis en usage pour la première fois l'instrument d'Assalini. Mais tous ces procédés sont jugés assez défavorablement.

En 1821, Marjolin écrit l'article *Anévrysme* du Dictionnaire en 21 vol. (t. II, p. 296). Sans rejeter l'aplatissement des artères, il conseille, avant de le juger, d'attendre de nouveaux faits.

[1] *Nouv. élém. de méd. opér.*, t. I, 2e partie.

En 1825, Casamayor, dans sa monographie sur l'*anévrysme de la fémorale* [1], traite assez complétement la question historique, mais ne porte pas de jugement précis.

En 1829, Larrey, après avoir rappelé que la méthode de l'aplatissement appartient tout entière à la chirurgie française, rappelle les expériences de Percy, les faits de Deschamps, de Dubois et d'Assalini. De tous ces moyens, dit-il, j'adopterais de préférence le cylindre de Dubois, si je voulais conserver la continuité du vaisseau. Mais dans le cas contraire, il faut faire la ligature à la manière anglaise [2].

Un peu plus loin (p. 177), il rapporte l'observation de Fériol, atteint d'un anévrysme poplité et que, sur les conseils de Dubois, il opéra et guérit avec le serre-nœud.

La question est traitée également dans l'édition de Sabatier, revue par Dupuytren, Sanson et Bégin [3], mais d'une façon très-incomplète. Il n'y est guère question que du presse-artère de Deschamps, dont on note les applications sans blâme ni éloge. Les auteurs concluent à l'adoption des ligatures simples, serrées à un degré convenable.

Boyer en dit moins encore ; tout en donnant la préférence à l'instrument de Deschamps, il ne conseille son usage que dans les cas « extrêmement rares » où la rigidité des parois de l'artère serait un obstacle à leur fermeture [4].

Bérard, en 1833, à propos des anévrysmes, et en 1838, à l'article *Ligature* [5] condamne absolument et indistinctement tout ce qui n'est pas la ligature simple. « On a, dit-il, complétement abandonné et proscrit les divers presse-artères imaginés dans le but d'aplatir le vaisseau au lieu de l'étrangler et de retirer la ligature au bout d'un temps déterminé.

« Tous ces instruments dus à Deschamps, Assalini, Forni [6], Crampton, A. Dubois, ont pour inconvénients communs d'irriter violemment la plaie et de disposer à l'ulcération l'artère, dont ils ne ferment ordinairement le canal que d'une manière incomplète. Il est donc complétement inutile de nous y arrêter plus longtemps. » Les termes de cet arrêt prouvent bien que Bérard n'était nullement au courant de la question.

Lisfranc cite les principaux procédés d'aplatissement, mais ne s'arrête qu'à celui de Scarpa. Il rappelle les faits de Dubois et de

[1] Paris, 1825.
[2] *Clin. chir.*, t. III, p. 173.
[3] *De la méd. op.*, t. III, p. 165, 169; 1832.
[4] *Mal. chir.*, Ed.-Ph. Boyer, t. II, p. 275.
[5] Dict. en 30 vol., t. III, et t. XVIII, p. 106.
[6] Je n'ai pu retrouver cet auteur.

Larrey, mais il ajoute : « Le séjour du serre-nœud dans la plaie, le danger de continuer et de graduer la compression sur une artère enflammée, la crainte d'une ulcération, du peu de solidité du caillot ou de la désunion des surfaces artérielles faiblement adhérentes, ont fait rejeter ce procédé. » On peut adresser le même reproche à tous les instruments qui agissent de la même manière [1]. »

Velpeau [2] cite la plupart des auteurs qui ont imaginé et appliqué les appareils propres à aplatir l'artère, à en obtenir l'occlusion graduée ou à exécuter la ligature amovible. Malheureusement, il confond tous les procédés et les juge d'un seul coup à peu près dans les mêmes termes que Bérard (p. 70).

A propos de l'anévrysme de l'artère fémorale, il dit : « On ne parle plus en France de lui appliquer les différentes sortes de presse-artères » (p. 140).

Malgré cela, nous trouvons dans ce livre une observation des plus importantes en dépit de sa concision. Après avoir rappelé les pincettes de Desault, Velpeau ajoute « Un simple élève de quinze ans voit le sang faire irruption de l'artère fémorale pendant qu'il pansait une plaie de l'aine. Sa pince à pansement lui tint lieu des plaques de Desault. On ne la dérangea pas, et M. Champion m'assure que l'artère était en pleine voie d'oblitération lorsque le malade, atteint de pourriture d'hôpital, vint à mourir le quatrième jour. Mais cette conduite, pardonnable à l'époque où elle fut suivie chez un aussi jeune élève, serait blâmable aujourd'hui » (p. 47).

Pour notre part, nous sommes d'un tout autre avis. Non-seulement nous excusons cet adolescent, mais nous admirons fort sa présence d'esprit, et nous regrettons beaucoup de ne pas savoir son nom. En effet, retrouvant par une inspiration soudaine la forcipressure de nécessité, il la montre applicable aux plus grandes artères, exécutable avec un instrument vulgaire, et efficace aussi bien comme agent hémostatique immédiat que comme moyen d'oblitération artérielle définitive.

J'arrêterai là mes extraits bibliographiques, car plus nous approchons du jour présent, plus les auteurs sont incomplets ou inexacts. Je pourrais même citer d'importants articles fort récents où il n'est pas dit un mot de tout ce labeur de nos pères. Je dois cependant faire deux exceptions en faveur de M. Broca et de Malgaigne.

Le premier [3] ne traite la question que d'une manière incidente, ne

[1] *Des diverses méthodes.... pour l'oblitération des artères*, Th. de concours, 1834, p. 61 et 70.

[2] *Méd. opér.* 2e édit., 1839, t. II.

[3] *Des anévrysmes et de leur traitement*, Paris, 1859.

s'étant pas proposé d'étudier la ligature en général, mais seulement la cure des anévrysmes. Il fait remarquer avec raison que les ligatures graduelles, la compression immédiate et les ligatures temporaires se confondent jusqu'à un certain point, ce qui rend leur étude assez compliquée (p. 492). Il s'occupe donc de juger plutôt les méthodes opératoires que les moyens mécaniques mis en usage pour les exécuter. Il cite principalement Deschamps comme l'inventeur à la fois de la ligature temporaire et de la compression graduée, et ne place qu'en seconde ligne Dubois, Assalini et quelques autres. Il est facile de voir que Broca n'est pas séduit par la richesse instrumentale, car en parlant du presse-artère il ajoute : «instrument imité, perfectionné ou détérioré depuis par un grand nombre d'auteurs dont les efforts ingénieux étaient dignes d'une meilleure cause. »

Si Broca avait jugé à propos de faire le travail que j'exécute aujourd'hui, il se fût sans doute prononcé contre l'aplatissement subit de Desault, de Percy, de Duret et d'Assalini, et pour l'aplatissement progressif de Deschamps, Ristelhueber, etc., car il trouve à la ligature graduelle, convenablement maniée, plusieurs avantages qui ne sont nullement à dédaigner, et qui font qu'elle l'emporte sur la ligature ordinaire dans l'oblitération de l'anévrysme (p. 496). A la vérité (p. 604), il condamne le procédé de Scarpa, mais c'est à titre de ligature médiate.

Quant à Malgaigne, la lecture de ses œuvres nous a révélé d'une façon piquante, sinon le pourquoi, du moins le comment disparaissent du champ scientifique usuel les idées devenues caduques à tort ou à raison.

J'ai dans ma bibliothèque quatre éditions du *Manuel de médecine opératoire*.

Dans celles de 1843 (p. 43 et 208), de 1849 (p. 37 et 191), on trouve en termes identiques une bonne définition de l'aplatissement des artères, une analyse exacte et complète des travaux de Percy; puis, à propos de la compression immédiate dans la cure des anévrysmes, un rappel sommaire des instruments de Desault, de Percy, d'Assalini, de Deschamps, de Scarpa.

Malgaigne reconnaît que l'aplatissement proprement dit est resté tout à fait oublié et se contente de décrire le procédé de Scarpa.

Dans les éditions de 1861 (7e éd.) et dans celle de 1874, qui est aujourd'hui en voie de publication, grâce aux soins de notre collègue M. Le Fort, tout cela a presque disparu. « L'aplatissement de l'artère à l'aide de pinces fixes ou de lames de plomb aplaties sur le vaisseau et qu'il faut laisser dans la plaie » est relégué parmi les méthodes applicables aux hémorrhagies artérielles qui méritent à peine d'être mentionnées.

Au chapitre des anévrysmes, la compression artérielle immédiate et ses agents n'ont plus trouvé place.

Je viens d'exposer l'origine et le sort, dans notre pays, de la forcipressure substituée à la ligature des gros vaisseaux. Trois faits cliniques heureux obtenus avec des instruments médiocres, l'invention de plusieurs pinces spéciales beaucoup plus parfaites, mais non utilisées, quelques expériences sur les animaux, plutôt signalées que décrites, une théorie à peine ébauchée de la méthode d'aplatissement des artères, des objections sans valeur, des reproches sans base, une condamnation sans preuves, une proscription irréfléchie, tel est le bilan de la question.

Pour être complet, je devrais maintenant faire connaître des essais récents dûs à M. Ancelet, à M. Péan, à un de ses élèves et à nous-même et qui marqueront sans doute, pour la méthode, une période nouvelle ; mais comme une réhabilitation semblable a été tentée également en Angleterre, à partir de l'année 1865, je vous demande à ajourner le récit de cette renaissance.

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale,

Par le Dr J.-C.-T. Pravaz [1].

Parmi les questions de thérapeutique chirurgicale agitées à notre époque, il en est peu sur lesquelles la science et la pratique soient moins fixées que celle du traitement rationnel des déviations rachidiennes. Tour à tour ballottée entre les prétentions exagérées des mécaniciens et des gymnasiarques, l'opinion du plus grand nombre des médecins flotte indécise au milieu d'affirmations contradictoires, et la plupart du temps, le traitement de ces affections est laissé aux soins d'hommes généralement aussi étrangers à l'art qu'à la profession.

Cet abandon d'une branche de la chirurgie dont l'importance tend sans cesse à s'accroître par la fréquence de plus en plus grande des difformités, est à la fois aussi préjuciable aux malades qu'à la dignité de l'art, et tient, en grande partie, à ce que des idées exactes sur le mode d'action et la valeur des moyens mis en usage par l'orthopédie ne sont encore que très-incomplétement répandues.

Frappé des inconvénients qui résultent de cet *isolement de l'art dans l'art*, suivant la juste expression de Malgaigne, nous avons pensé qu'il serait utile d'exposer, en les soumettant à une critique raisonnée, les différents moyens qu'emploie l'orthopédie dans le

[1] Le rapport sur le mémoire Pravaz a été lu dans la séance du 14 octobre 1874.

traitement des déviations de la colonne vertébrale et qu'une pratique de cette branche de la chirurgie, pendant plusieurs années, nous a mis à même d'expérimenter chaque jour.

Les déviations du rachis, que l'on désigne scientifiquement sous les noms assez barbares de *scoliose*, *cyphose* ou *lordose*, suivant que l'inflexion se produit *latéralement*, *d'arrière en avant*, ou *d'avant en arrière*, reconnaissent des causes variées qui peuvent néanmoins se ramener à deux principales : *défaut d'harmonie dans l'action musculaire*, *lésion de nutrition du système osseux*.

Nous allons examiner brièvement la part qui doit être faite à ces deux ordres de causes.

L'idée que l'action musculaire intervient comme cause principale dans le développement des courbures pathologiques de la colonne vertébrale, est celle qui réunit le plus de partisans, soit parmi les médecins, soit surtout parmi le vulgaire.

Nous ne voulons pas contester l'influence du défaut d'équilibration dans l'action musculaire, surtout en ce qui concerne les formes de déviations désignées sous les noms de *cyphose* et de *lordose*. Tantôt, en effet, le sujet en écrivant ou en se livrant à un travail manuel, adopte un attitude vicieuse, dont la répétition peut finir par amener la dépression permanente des disques intervertébraux et des corps des vertèbres, en répartissant inégalement la charge sur les deux moitiés latérales ou antéro-postérieures. Tantôt le même résultat est produit par la paralysie ou la contracture de certains muscles. Mais il faut bien reconnaître que ces causes sont beaucoup moins réelles qu'on ne le croit généralement. La plupart des parents attribuent une grande importance comme cause des déformations rachidiennes à ce qu'ils nomment un *mauvais maintien* ; mais le plus souvent, on arrive, en examinant avec attention les antécédents, à constater soit des influences héréditaires, soit un affaiblissement de la santé générale survenu généralement à l'époque de la puberté et qui s'étant produit lentement, n'a attiré que tardivement l'attention.

Ce qui prouve bien, du reste, que les attitudes n'ont pas toute l'influence qu'on est disposé à leur attribuer, c'est la rareté relative des déviations de la taille chez les sujets qui offrent un raccourcissement de l'un des membres inférieurs, à la suite d'une coxalgie, d'une luxation congénitale et unilatérale du fémur, ou d'une atrophie paralytique. Ce raccourcissement, parfois considérable, oblige la colonne vertébrale à s'incliner latéralement dans une attitude forcée pour rétablir l'équilibre détruit et à décrire une courbure dont la convexité regarde le membre le plus court, et cependant, le plus souvent, la rectitude du rachis reparaît dès que le sujet se trouve dans des conditions statiques différentes.

Ce n'est qu'exceptionnellement, et chez les sujets débiles dont le squelette n'offre pas une solidité suffisante pour résister à cette surcharge momentanée sur l'une des deux moitiés latérales des vertèbres, que l'on voit se produire des difformités permanentes.

Nous sommes donc obligé de chercher ailleurs la cause la plus générale des déviations rachidiennes. Si l'on considère, en effet, l'influence de l'hérédité et le siége qu'occupe le plus souvent la courbure primitive dans la scoliose, il nous paraît difficile de repousser l'idée d'une lésion osseuse, tantôt due au rachitisme proprement dit, tantôt distincte du rachitisme vrai, qu'on ne rencontre que dans la première enfance, mais offrant cependant avec lui une certaine analogie et qui a été désignée sous le nom de *rachitisme spinal*. Il serait en réalité, d'une part, assez difficile d'invoquer l'hérédité des attitudes et, d'autre part, il est assez remarquable que la courbure pathologique du rachis débute, en général, primitivement au niveau de la coubure qui existe normalement de la troisième à la cinquième vertèbre dorsale, région de l'épine qui présente le moins de mobilité et offre le moins de prise à l'action musculaire. Nous admettons donc, comme la plus rationnelle et comme expliquant le plus grand nombre de faits, l'opinion de M. Bouvier, qui attribue la généralité des déviations de la taille, et spécialement des scolioses, à un défaut de plasticité du rachis, qui, perdant de sa résistance, céderait au niveau de sa courbure normale, devenue l'origine de ses courbures pathologiques.

Les idées différentes que se sont formées les orthopédistes sur l'étiologie des déviations rachidiennes ont dû naturellement avoir une influence très-grande sur leur thérapeutique. Pour ceux qui admettent que le défaut d'harmonie de l'action musculaire est la principale cause des inflexions pathologiques de l'épine, un seul ordre de moyens a paru rationnel : l'exercice musculaire, destiné soit à faire agir les muscles antagonistes, soit à fortifier les muscles réputés affaiblis. Les partisans d'une modification de nutrition du tissu osseux ont, au contraire, réduit dans une large part le rôle de la gymnastique, qu'ils ont été même quelquefois jusqu'à proscrire, et ont, par contre, donné la première place dans le traitement aux agents mécaniques, secondés par l'emploi des toniques tirés de l'hygiène et de la pharmacologie.

Pour nous, qui croyons que la vérité est entre ces deux opinions extrêmes et que les diverses causes que nous avons examinées plus haut peuvent intervenir soit isolément, soit en se combinant entre elles, nous pensons que ces différentes médications ne sont pas exclusives l'une de l'autre et que, si dans la plupart des cas où il existe une déformation osseuse permanente, l'emploi des moyens mécaniques devient indispensable, la gymnastique n'en a pas moins

une grande valeur, surtout au début, soit pour régulariser l'action musculaire, soit comme modificateur de la santé générale.

Nous allons donc passer successivement en revue les différents moyens qu'offre l'orthopédie au point de vue des déformations du rachis, en cherchant à faire la part de chacun d'eux, et nous commencerons par la gymnastique.

Gymnastique. — Le rôle de la gymnastique est plus complexe qu'il ne le paraît au premier abord; car l'exercice musculaire agit à la fois comme modificateur de la santé générale et comme agent orthopédique proprement dit. C'est pour n'avoir pas suffisamment distingué chacun de ces modes d'action, que les auteurs ont été amenés à apprécier d'une manière si diverse l'efficacité de la gymnastique.

En sollicitant l'action musculaire, la gymnastique favorise dans l'épaisseur des tissus l'acte de désassimilation, phénomène qui se traduit au dehors par une exhalation plus considérable d'acide carbonique, par la sécrétion d'une plus grande quantité d'urée et par l'augmentation de l'appétit. D'autre part, la circulation et la respiration s'accélèrent, et l'oxygène absorbé en plus grande quantité vient à son tour vivifier d'une manière plus active les matériaux qui doivent servir à la nutrition des tissus.

Il se produit donc, par cet enchaînement d'action, un véritable *entraînement* de l'économie, assez semblable à celui que mettaient en usage les médecins méthodistes et que Cœlius Aurelianus a préconisé par ces paroles : *Recorporativis utendum curationibus quo reformata corpora, vel, ut ita dixerim, resectes vitiosis carnibus ac renascentibus novis reparata, ad memoriam redeant sanitatis.*

On ne peut donc contester que la gymnastique en général ne soit un des agents les plus utiles de l'orthomorphie, en faisant végéter vigoureusement l'organisme et en fournissant ainsi un *substratum* bien préparé à l'action des autres moyens de traitement.

Mais l'action de la gymnastique, comme moyen local, comme agent orthopédique proprement dit, est-elle également puissante et répond-t-elle complétement à l'opinion que s'en font les gymnasiarques? C'est ce que nous allons examiner.

Les muscles qui s'insèrent à la colonne vertébrale se divisent en deux classes : les uns, muscles *extrinsèques*, prennent seulement sur elle un point d'appui; tels sont le *trapèze*, le *grand dorsal* et le *rhomboïde;* les autres, muscles *intrinsèques*, sont destinés spécialement aux mouvements *sur place* de cet axe osseux. De là, au point de vue de la gymnastique orthopédique, deux sortes d'exercices, suivant que l'on veut mettre en action l'une ou l'autre de ces deux catégories de muscles, et deux écoles : l'une, qui s'est attachée spécialement à mettre en jeu les muscles extrinsèques au

moyen des points d'appui extérieurs; l'autre, connue sous le nom d'école de Ling ou d'école suédoise, qui cherche plus particulièrement à faire agir les muscles intrinsèques par des attitudes déterminées.

Les exercices qui mettent en jeu les muscles extrinsèques du rachis sont très-nombreux, mais leur mode d'action est beaucoup moins varié qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. Ils se font pour la plupart au moyen d'échelles, de trapèzes, d'anneaux suspendus, de cordes verticales, de mâts, de perches, etc. Dans ces divers exercices le sujet, supendu par les extrémités supérieures, soulève le poids entier de son corps et met principalement en jeu les muscles trapèze, rhomboïde, grand dorsal, grand dentelé et grand pectoral.

Pour nous rendre compte de l'effet de la contraction de ces différents muscles sur les côtes et sur les courbures de la colonne vertébrale, supposons un sujet atteint de scoliose ambilatérale à convexité dorsale droite, cas le plus ordinaire, suspendu à la barre d'un trapèze et cherchant à se soulever à l'aide des deux bras. Au moment de la contraction, les muscles trapèze, rhomboïde, grand dentelé du *côté droit*, ainsi que la partie supérieure du grand dorsal qui recouvre l'angle inférieur du scapulum, appliquent l'omoplate contre les côtes saillantes, et tendent fortement à les redresser, en agissant normalement sur leur centre de courbure. Le grand pectoral du *côté gauche* agit de même à l'égard de la saillie des côtes gauches à la partie antérieure de la poitrine. Le thorax tend donc à devenir plus régulier et, en se rapprochant de la forme cylindrique, à acquérir son maximum de capacité au grand profit de l'individu. D'un autre côté, la courbure dorsale est attaquée par l'intermédiaire des côtes droites, liées solidement aux apophyses transverses, et un des éléments les plus graves de la scoliose, la rotation des vertèbres sur leur axe vertical, est également combattu avec une réelle efficacité; car, les apophyses épineuses qui ont subi un mouvement de rotation de droite à gauche, s'offrent sous un angle moins éloigné de l'angle droit, et par cela même, plus favorable à l'action du trapèze et du rhomboïde du côté droit, qu'à celui des muscles homologues du côté gauche à cause de la réflexion qu'éprouvent les premiers de ces muscles sur la saillie des côtes droites. De telle sorte que, dans la contraction simultanée des muscles homologues du côté droit et du côté gauche, le maximum de puissance appartient à ceux du côté droit, qui tendent à faire exécuter aux vertèbres un mouvement en sens inverse de leur rotation pathologique. La suspension, en supprimant l'action de la pesanteur dans une grande partie du rachis, favorise notablement le mouvement que peuvent exécuter les vertèbres les unes sur les

autres, et devient par elle-même un agent de redressement, en distendant le côté concave des courbures.

Dans les scolioses à courbure lombaire prédominante, les fibres moyennes et inférieures du grand dorsal du côté de la convexité sont appelées à remplir, quoique avec moins d'efficacité, à l'égard de la saillie des côtes inférieures et de la courbure dorso-lombaire, le même rôle que le trapèze, le rhomboïde et le grand dentelé remplissent à l'égard de la courbure dorsale prédominante.

Par les raisons que nous venons d'exposer, on voit que les exercices avec suspension par les bras et qui mettent en action les muscles extrinsèques de la colonne vertébrale, doivent jouer un rôle assez important dans le traitement des déviations rachidiennes et en particulier de la scoliose. Ils offrent, en effet, l'avantage : 1° de supprimer, au moins dans une partie du rachis, l'action de la pesanteur, cause de l'aggravation des courbures ; 2° de produire par le poids du bassin et des muscles inférieurs une sorte d'extension qui rend plus facile le jeu des vertèbres les unes sur les autres ; 3° de favoriser le redressement des courbures pathologiques par l'action qu'exercent sur les côtes les muscles extrinsèques; 4° enfin, de régulariser la forme du thorax et d'agrandir sa capacité, si fortement réduite dans certains cas.

Dans les exercices par lesquels on veut mettre en jeu les muscles *intrinsèques* du rachis, on cherche à incliner cette tige osseuse en sens inverse de ses courbures pathologiques en excitant par des *attitudes particulières* la contraction des muscles, qui prennent leur point d'appui sur le bassin et vont de là s'insérer aux côtes, aux apophyses transverses et aux apophyses épineuses.

L'école de gymnastique connue sous le nom *d'école suédoise* ou *d'école de Ling* a cherché à déterminer rigoureusement les exercices propres à mettre en action les muscles intrinsèques du rachis et a donné, pour les principales formes de déviations de l'épine, des sortes de formules de mouvements applicables aux différents cas.

Voici, d'après Behrend, la formule des exercices propres à combattre la scoliose à convexité dorsale droite, scoliose qui se présente le plus souvent dans la pratique.

1° Tension des muscles à gauche, précédée de rotation à droite;

2° Flexion du bras gauche sous le sein gauche, pression à droite sur le dos ;

3° Flexion en arrière de la tête avec extension à gauche (résistance du gymnaste), accompagnée de traction du bras gauche ;

4° Flexion et tension après une traction à droite ;

5° Bras étendu à droite, flexion en arrière après une traction à droite;

6° Extension à gauche, angle à droite, flexion du dos en arrière avec position oblique du côté gauche (résistance du gymnaste), pression sur la tête, le côté gauche, la main et l'épaule droite ;

7° Extension à gauche, angle à droite, traction à gauche avec appui de la hanche du côté droit (résistance du malade);

8° Flexion à gauche avec jambes écartées, sacrum appuyé, angle à droite, extension à gauche (résistance du gymnaste), pression au bras gauche en même temps ;

9° Repos à gauche, angle à droite, rotation du tronc, côté gauche obliquement élevé ;

10° Extension à gauche, tension de la poitrine à droite (résistance du malade);

11° Traction du bassin à droite (résistance du malade), angle à droite ;

12° Abaissement du bras gauche;

13° Élévation de la jambe droite horizontale et tendue ;

14° Attitude fléchie en arrière et à droite ;

15° Rotation sur un plan horizontal, côté gauche tendu, en même temps traction du bras gauche ;

16° Élévation de l'épaule gauche, flexion à droite.

Si l'on dégage cette formule de la phraséologie qui en recouvre l'obscurité, on voit que, sous l'apparence d'une grande complication, ces mouvements se réduisent pour la plus grande partie à des *attitudes* qui ont pour but de mettre en action les muscles sacro-lombaire, long dorsal et transversaire épineux. On ne peut guère, en effet, attribuer une valeur quelconque aux pressions exercées par le gymnaste sur le thorax, ainsi qu'aux tractions opérées sur les membres supérieurs et qui, exécutées suivant la formule, nous paraissent devoir produire un résultat diamétralement opposé au résultat cherché, en augmentant la rotation des vertèbres sur leur axe. Mais il est facile de voir et de démontrer que les partisans exclusifs de la gymnastique suédoise s'exagèrent considérablement la possibilité d'utiliser l'action des muscles intrinsèques du rachis pour le redressement de ses courbures pathologiques, et que la réalité est fort loin des promesses de la théorie.

Avant de discuter la formule précédente, supposons un cas plus simple et plus favorable encore à l'application de la gymnastique suédoise, celui d'une courbure lombaire principale due soit à l'habitude du *hancher*, soit à une inégalité de longueur des membres.

Si la courbure est légère et que le rachis offre encore une certaine mobilité (nous montrerons, plus tard, pourquoi nous faisons cette double restriction), la première indication à remplir consiste à changer le rapport de longueur des membres inférieurs et à rétablir l'horizontalité du bassin en forçant le sujet à s'incliner du

côté opposé. Le sujet se hanchant du côté droit, par exemple, ou le membre inférieur gauche offrant un notable raccourcissement, il est formellement indiqué, dans ce dernier cas, d'adapter à la chaussure du pied gauche un talon plus élevé et de provoquer dans le premier cas la contraction des muscles de la masse commune du côté gauche, en forçant le sujet à se tenir en équilibre sur le pied du même côté, posé sur un dé de bois légèrement élevé au-dessus du sol. Pour ramener à gauche le centre de gravité porté à droite, le sujet devra alors contracter instinctivement les muscles rachidiens du côté gauche, et ces moyens, bien simples, peuvent dans quelques cas avoir une réelle valeur et arrêter le développement d'une scoliose commençante.

Mais il n'en est plus de même dans les cas où la courbure du rachis est considérable et où les disques intervertébraux et les corps des vertèbres situés au niveau de la courbure lombaire présentent dans leurs deux moitiés latérales une différence de hauteur très-sensible. Lorsque, par les moyens dont nous venons de parler, on cherche à modifier les conditions de l'équilibre, l'élément *difformité* peut diminuer sensiblement dans certains cas, mais l'élément *déformation* n'est que très-peu modifié ; en d'autres termes, *on agit en changeant la direction de la corde de l'arc formé par les vertèbres, mais l'arc lui-même ne subit que peu ou point de redressement.* La raison en est extrêmement simple. En effet, lorsque les muscles spinaux agissent pour incliner le centre de gravité à gauche, comme dans le cas que nous avons supposé, ils commencent par produire dans ce sens un certain degré d'inclinaison des vertèbres les unes sur les autres ; mais ce mouvement d'inclinaison est promptement limité à la fois par la résistance de la moitié gauche des disques intervertébraux arrivés à leur limite de compressibilité et par la résistance des ligaments raccourcis du côté concave. La colonne vertébrale devient alors rigide au niveau de la courbure et les muscles, continuant à agir, l'entraînent *en totalité* et la font basculer au point où elle offre le plus de mobilité, soit au-dessus, soit au-dessous de la courbure lombaire. *La corde de l'arc*, d'oblique qu'elle était de bas en haut et de gauche à droite, devient donc plus ou moins verticale, mais *l'arc* lui-même n'est que peu ou point modifié dans sa forme.

La rotation des vertèbres sur leur axe vertical est encore un obstacle au redressement de l'arc des courbures, parce que l'angle sous lequel se présentent les leviers représentés par les apophyses n'est pas le même qu'à l'état normal, et de plus parce que la flexion latérale doit être précédée d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical qui, par suite des *surfaces gauches* que présentent les faces supérieures et inférieures des vertèbres déformées, devient, sinon

impossible, du moins très-incomplet, si la déviation a déjà acquis un certain degré de développement.

Ce que nous venons de dire du peu d'efficacité des exercices qui mettent en jeu les muscles intrinsèques du rachis pour le redressement des courbures lombaires, cas le plus favorable, peut s'appliquer à bien plus forte raison aux courbures sigmoïdes.

Supposons, par exemple, le cas d'une déviation *ambi-latérale* avec courbure dorsale tournée à droite, cas auquel se rapporte la formule que nous avons reproduite plus haut. Si l'on cherche à faire contracter les faisceaux transversaires du long dorsal droit qui vont s'insérer aux apophyses transverses des vertèbres situées au niveau de la courbure dorsale, non-seulement on ne pourra produire la plupart du temps, comme nous l'avons démontré, qu'un mouvement de bascule de la corde de l'arc dorsal, sans redressement réel de ce même arc, et cela d'autant plus qu'à cette région les vertèbres ne jouissent, à l'état normal, que de mouvements peu étendus, mais encore ces faisceaux formant la corde de l'arc lombaire, leur contraction augmentera inévitablement cette courbure.

On a essayé aussi de remédier par certains mouvements à la rotation des vertèbres sur leur axe vertical; mais on se heurte contre la même difficulté. Le rachis tourne dans les points où il offre le plus de mobilité, mais les vertèbres qui occupent les courbures, et particulièrement le centre de ces courbures, ne subissent que peu ou point de déplacement, les uns par rapport aux autres.

En résumé, les exercices destinés à provoquer l'action des muscles intrinsèques du rachis ne peuvent avoir qu'une utilité très-limitée, excepté, et jusqu'à un certain degré, pour les courbures lombaires principales au début, ou pour les courbures uniques, antéro-postérieures, qui caractérisent la cyphose, dernier cas surtout où la contraction synergique des muscles de la masse commune des deux côtés de la colonne vertébrale s'exerce dans des conditions réellement favorables d'action. Dans les autres formes de déviation du rachis, le peu de mobilité de la région dorsale, le mode de distribution des faisceaux musculaires destinés à la flexion latérale, l'exagération de la courbure lombaire qui résulte de leur action, s'opposent au redressement des courbures *dorsales* du rachis par les exercices qui mettent en jeu les muscles intrinsèques. L'art orthopédique se trouve ici en face d'une sorte de *postulatum*, et nous croyons que, dans ce cas, les seuls exercices avec point d'appui extérieur et qui provoquent l'action des muscles intrinsèques peuvent offrir une utilité hors de contestation.

Après avoir discuté la question du genre et de la nature des exercices applicables avec le plus d'avantages au traitement des difformités du rachis et du thorax, il nous reste maintenant à exa-

miner quelle valeur réelle il faut attribuer à la gymnastique, quel qu'en soit le mode, au point de vue purement orthopédique.

Cette valeur nous paraît devoir être restreinte. D'une part, en effet, nous avons vu que l'action musculaire n'intervient comme cause primitive que beaucoup plus rarement qu'on ne le pense généralement dans l'étiologie des différentes formes d'inflexions pathologiques du rachis, contrairement aux assertions des gymnasiarques, et particulièrement des partisans de l'école suédoise. Par conséquent, l'emploi exclusif des exercices musculaires est fondé sur une appréciation erronée et incomplète des causes. D'autre part, en admettant même que le défaut d'harmonie dans l'action des muscles fût la cause principale des déviations de l'épine, comme il se produit nécessairement à la longue une déformation permanente des ligaments des corps vertébraux et des diverses parties du thorax, il est de toute évidence, indépendamment des raisons que nous avons fait valoir plus haut, qu'un moyen comme la gymnastique, dont l'action est essentiellement intermittente et ne peut s'exercer que pendant un temps très-limité chaque jour, est tout à fait insuffisant, dans la majorité des cas, pour amener *seul* une modification de quelque importance dans la forme du squelette, si cette forme a éprouvé une altération sérieuse. Il est donc alors absolument indiqué d'avoir recours, en outre, à des moyens capables d'exercer une action plus durable sur les surfaces osseuses, moyens que nous allons étudier maintenant.

Appareils. — Les indications qu'on se propose de remplir par l'emploi des moyens mécaniques doivent être : 1° de soulager la colonne vertébrale du poids des parties supérieures, cause d'aggravation des courbures ; 2° d'attaquer directement ces courbures en favorisant le développement du rachis du côté de leur concavité et en ralentissant son accroissement du côté de leur convexité ; 3° de remédier au mouvement de torsion des vertèbres sur leur axe ; 4° enfin, de modifier la forme plus ou moins altérée du thorax.

Examinons quels sont, parmi les nombreux appareils qui ont été proposés, ceux qui atteignent réellement ce quadruple but.

Considérés au point de vue de leur mode d'action, les appareils peuvent se diviser en deux grandes classes : les appareils dits *à extension* et les appareils dits *à pression latérale*, chacune de ces classes se subdivisant elle-même en appareils fixes ou horizontaux et en appareils portatifs ou verticaux.

Dans les appareils à extension, on agit sur le rachis par ses deux extrémités, soit au moyen de courroies fixées à une ceinture et à un collier et terminées par des poids ou par des ressorts de diverses formes, le tronc reposant sur un plan incliné, s'il s'agit d'appareils fixes ; soit au moyen de tuteurs en forme de béquilles

embrassant l'aisselle, tandis que la contre-extension s'opère au moyen d'une ceinture entourant le bassin, s'il s'agit d'appareils portatifs.

Ces divers appareils offrent les inconvénients suivants :

1° L'extension agit assez efficacement sur le *côté concave* des courbures, et cela d'autant plus que le rayon de ces courbures est plus court, mais elle ne déprime que très-faiblement le côté convexe.

2° La partie moyenne des courbures, où se trouvent généralement les vertèbres les plus déformées, échappe en grande partie à l'action des puissances extensives et le redressement porte principalement sur les extrémités de l'arc.

3° Dans les cas de scoliose, l'élément le plus grave de la difformité, la torsion des vertèbres sur leur axe ne subit aucune modification.

4° La forme du thorax, souvent si gravement altérée, principalement dans la scoliose, et dont les saillies inégales constituent la gibbosité, n'est également que très-peu modifiée.

5° L'extension, agissant sur toute l'étendue du rachis, agit en même temps sur les vertèbres déformées et sur celles qui ne participent pas aux courbures et tend à relâcher leurs moyens d'union.

6° Enfin, l'application des puissances extensives se fait de la manière la plus désavantageuse, car à mesure que le redressement s'opère, il est nécessaire de développer une force de plus en plus considérable, et d'autant plus grande que le rayon des courbures devient lui-même plus grand et que les courbures se rapprochent plus de la ligne droite.

Aux inconvénients qui tiennent au mode de redressement par élongation s'ajoute, dans les appareils portatifs, celui de ne soustraire que très-imparfaitement les faces supérieures et inférieures des vertèbres à l'action de la pesanteur. Les corsets dits tuteurs produisent plutôt une demi-suspension qu'une véritable extension. En effet, leur action ne s'exerce pas directement sur le rachis, mais sur l'aisselle, et la mobilité de l'épaule fait que ce mode de redressement devient à peu près illusoire. Il résulte, de plus, de leur emploi longtemps continué, deux conséquences très-graves, l'affaiblissement des muscles spinaux, qui fait que le sujet arrive à ne pouvoir se passer de soutien, et l'élévation permanente des épaules, qui finit par donner au maintien l'aspect le plus disgracieux et par lui imprimer un cachet indélébile.

Cependant si, d'une manière générale, les appareils dits à extension doivent être rejetés de la thérapeutique des déviations de l'épine lorsque la difformité a acquis un certain degré de gravité, ils peuvent, au moins en ce qui concerne les appareils portatifs,

rendre quelques services au début, principalement dans les cas de cyphose chez les sujets débiles, en transmettant au bassin une partie du poids du corps et en soulageant ainsi le rachis jusqu'à ce que les moyens dynamiques et la gymnastique lui aient donné une résistance suffisante. Il importe seulement d'éviter que l'usage trop prolongé des tuteurs n'affaiblisse les muscles vertébraux en les condamnant à une demi-immobilité. On devra donc suspendre plusieurs fois par jour l'application de ces appareils et s'efforcer, par une médication appropriée, de rendre promptement inutile l'emploi de moyens dont l'efficacité est en somme très-bornée et qui ne sont en réalité que des palliatifs.

Dans les appareils dits à pression latérale, on agit sur les courbures en refoulant le milieu de l'arc, les deux extrémités étant ramenées en sens inverse.

Les appareils portatifs fondés sur ce principe se rapprochent de ceux dont nous avons parlé plus haut et consistent en une ceinture munie également de tuteurs latéraux, qui soutiennent le tronc par les aisselles pour contrebalancer l'influence de la pesanteur; mais ils portent, en outre, des montants, ordinairement placés le long de la colonne vertébrale et qui donnent attache à des plaques métalliques garnies de peau destinées à agir sur la convexité des courbures. Dans quelques appareils dits *à levier*, les plaques sont remplacées par des bandes de peau, de toile ou de tissu élastique qui s'attachent par une de leurs extrémités soit au tuteur placé du côté concave des courbures, soit à un montant spécial placé à la partie antérieure de la ceinture, soit enfin à cette ceinture elle-même. Pour que le tronc ne se porte pas en avant et n'échappe ainsi à l'action des plaques postérieures, quelques mécaniciens ajoutent une plaque qui s'applique sur le devant de la poitrine, du côté opposé à la plaque dorsale, ou une large bande de tissu allant, en avant, d'un tuteur latéral à l'autre. Les contre-pressions se font au moyen des extrémités supérieure et inférieure du tuteur placé du côté concave de la courbure et au moyen de la résistance qu'oppose la ceinture.

Ces divers appareils, malgré la variété des combinaisons employées et l'ingéniosité des constructeurs, sont loin de répondre à l'idée que l'on se fait *théoriquement* de leur efficacité. Le but que l'on se propose d'atteindre par leur emploi doit être évidemment d'exercer une pression *normale* à la partie la plus saillante de la gibbosité, pour refouler d'arrière en avant et redresser les côtes dont la courbure est exagérée, en même temps que par l'intermédiaire de ces arcs osseux on cherche à agir sur les courbures décrites par le rachis lui-même et sur la torsion des vertèbres sur leur axe. Mais ce résultat n'est pas atteint dans la pratique, car il faudrait,

pour que la plaque appliquée contre la gibbosité eût une action réellement sérieuse, que cette plaque trouvât, en avant, un point d'appui plus directement opposé que le bassin et plus résistant que la moitié antérieure de la poitrine qui fait face diagonalement à la gibbosité. Pour éviter cet inconvénient, on a cherché dans certains appareils, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à remédier à la projection du thorax en avant au moyen de plaques ou de larges bandes qui s'appliquent à la partie antérieure de la poitrine ; mais on tombe dans un écueil très-grave, celui de nuire au libre développement de la cavité thoracique. Ces appareils deviennent alors, comme l'a démontré Charles Pravaz, de véritables machines de *constriction* et non de *répulsion*. En outre, comme ils sont destinés à agir dans la position verticale, ils ne peuvent, par l'intermédiaire des tuteurs latéraux, lutter avec assez d'efficacité contre l'action de la pesanteur, qui tend à produire l'affaissement du rachis, et l'action des plaques est ainsi neutralisée en grande partie.

Dans les corsets dits à inclinaison ou à levier, la pression de la courroie de réflexion produit un mouvement de bascule de la ceinture qui rend son action à peu près illusoire. De plus, cette pression s'exerce sur une surface trop étroite et peut même, comme nous l'avons observé, avoir des inconvénients sérieux.

Aussi ne pouvons-nous que nous rallier à l'opinion de Camper, qui, après avoir cherché à démontrer théoriquement le peu de valeur de ces appareils, ajoute en forme de conclusion : *Si huic ratiocinio credere non possis, parentes interroga qui restitutionem suarum filiarum moliti sunt jurgiis, suspensoriis collaribus, laminis metallicis, ferreis thoracibus et similibus numquam voti compotes facti sunt. Examina eas ipsas filias et monstruosa statura te convincet.*

Les appareils dits à pression latérale qui agissent dans la position horizontale sont constitués, d'une manière générale, par un plan incliné convenablement rembourré, servant de sommier et sur les côtés duquel sont adaptés des montants verticaux qui portent des lames métalliques très-élastiques et garnies de peau ou d'étoffe épaisse. Ces lames, qui font en quelque sorte l'office de mains et sur lesquelles viennent s'appliquer les parties déformées du thorax, sont mobiles à la fois dans les trois dimensions, pour pouvoir s'adapter exactement à la partie du tronc sur laquelle elles doivent agir, car leur action doit s'exercer à la fois sur la partie postérieure et latérale des côtes. Des pelotes mobiles, également bien rembourrées, maintiennent la position du sujet en embrassant l'aisselle du côté concave de la courbure dorsale et la hanche qui correspond à la concavité de la courbure.

Le nombre des plaques ou lames flexibles destinées à agir sur

les courbures varie suivant la forme de la déviation et le nombre de ces courbures. Quand il existe une courbure unique ou prédominante, on ne met le plus ordinairement qu'une seule plaque. On en met deux, une au niveau de chaque courbure, dans les déviations sigmoïdes où les courbures sont à peu près d'égal rayon[1].

[1] La supériorité indiscutable que nous avons reconnue aux appareils horizontaux dits à pression latérale, nous a conduit à les adopter d'une manière à peu près générale. Nous avons donc cherché à les réduire à la plus grande simplicité et voici le modèle que nous avons adopté et dont nous croyons utile de donner ici la description.

Cet appareil (*fig.* 1 *et* 2) se compose d'un châssis *TT*, fixé sur un bâtis en

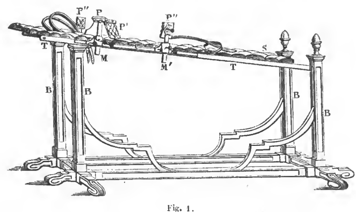


Fig. 1.

bois *BB*. Sur ce châssis, dont on peut, à volonté, faire varier l'inclinaison, repose une planche *S*, recouverte d'un matelas un peu ferme, qui sert de sommier.

Les deux faces latérales du châssis sont munies de coulisseaux, dans lesquels glissent parallèlement à leur grand axe des pièces en cuivre *G* percées de deux coulisses, l'une horizontale, qui s'emboîte dans le coulisseau, l'autre verticale, qui donne passage à des montants, *M*, *M'* servant de supports aux plaques, pièces essentielles de l'appareil.

Ces plaques *P P' P'' P'''* sont de deux sortes et destinées, les unes, à agir sur les courbures, les autres, à maintenir simplement la position du sujet. Les premières *P*, *P'* sont formées de lames de tôle d'acier flexible, rembourrées et légèrement cintrées, pour s'adapter à la forme du thorax, et sont fixées par leur bord supérieur à une pièce en fer, à laquelle s'adapte une vis à filet carré qui sert à la faire mouvoir, et qui traverse *obliquement* un montant *M*, en forme de *T* au point de jonction des deux branches. Deux guides qui traversent la branche horizontale du *T* de chaque côté de la vis servent à empêcher tout mouvement de bascule ou de latéralité de la plaque.

Dans la courbure dorsale, la plaque *P* est échancrée à l'un de ses angles supérieurs, de manière à pouvoir embrasser l'épaule et à exercer son action sur un point du thorax aussi élevé que possible. Pour la courbure lombaire, la plaque *P'* offre la forme d'une simple lame allongée quadrangulaire.

Pour offrir plus d'élasticité et se mouler plus exactement sur le thorax, les

Les appareils horizontaux à pression latérale remplissent seuls les indications que nous avons établies plus haut.

En effet : 1° l'influence de la pesanteur est complétement neu-

plaques destinées à agir sur les courbures sont construites, dans certains cas, non plus d'une seule pièce, mais de plusieurs segments de tôle d'acier d'épaisseur différente, rivés les uns sur les autres dans le sens horizontal et disposés en forme de jalousies.

Les plaques P'' P''', qui ont seulement pour but de maintenir la position du sujet, sont constituées simplement par des feuilles de tôle bien rembourrées.

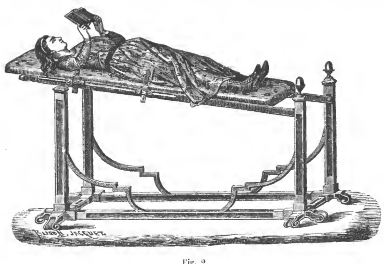


Fig. 2.

Leur forme est quadrangulaire, plane pour la plaque P'', qui s'applique sous l'aisselle du côté concave de la courbure dorsale, pour empêcher le tronc d'échapper à l'action de la plaque flexible P, organe fondamental de l'appareil ; cintrée pour la plaque P''', qui s'applique contre la hanche du côté concave de la courbure lombaire en embrassant le bassin par une large surface, et remplit le même rôle relativement à la plaque P'. Des vis fixées à leur centre et qui traversent le montant M' servent à les faire mouvoir, tandis que des guides dirigent leur mouvement.

Des courroies destinées, les unes à empêcher les courroies de glisser sur le plan du lit, les autres à maintenir un couvre-pieds, complètent l'appareil.

La manœuvre de cet appareil n'offre aucune difficulté. Au moyen des vis adaptées aux plaques et des coulisses dans lesquelles glissent les montants qui les supportent, il est facile de faire prendre à ces plaques toutes les positions possibles dans l'espace, puisqu'elles sont mobiles dans les trois dimensions, et, après quelques essais, de les disposer de telle sorte que *leur action s'exerce réellement suivant la normale à la courbure des côtes déformées.* A une grande simplicité de construction, cet appareil réunit l'avantage de ne gêner en rien le développement des organes respiratoires, son action étant parfaitement localisée à la partie postérieure du tronc et mise en jeu par une force inhérente au sujet lui-même et proportionnelle à son âge, car c'est en

tralisée; 2° l'action des plaques sur les courbures s'exerce dans les conditions les plus favorables à leur redressement, le côté concave des courbures subissant une sorte de tension, tandis que le côté convexe éprouve, au contraire, une dépression; 3° la déformation des côtes et la rotation des vertèbres sur leur axe sont attaquées

réalité le propre poids du sujet qui produit l'effet mécanique, en appliquant les côtes contre les plaques flexibles, qui font ici l'office de mains. L'appareil porte donc ainsi en lui-même le régulateur automatique de son action.

Nous employons également avec avantage, dans certaines formes déterminées de scoliose, un appareil dont se servait déjà Charles Pravaz, et dans lequel le poids du corps est plus spécialement encore utilisé comme agent de redressement.

Cet appareil, représenté dans les figures 3 et 4, est composé d'une série de

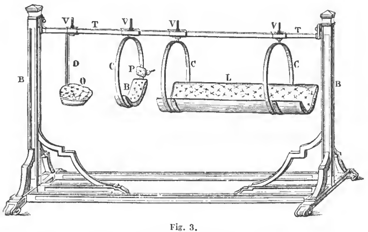


Fig. 3.

segments *OBL*, suspendus par la tige *D* et les cerceaux *CCC* à une barre en fer *TT*, légèrement inclinée sur l'horizon et fixée à un bâti en bois *BB*. Ces segments, au nombre de trois et composés de pièces en bois fortement rembourrées, peuvent s'élever et s'abaisser à volonté au moyen de vis *VVVV*, qui traversent la barre *TT*. Le supérieur *O* sert en quelque sorte d'oreiller et supporte la tête du sujet. Sur l'inférieur *L*, en forme de berceau, reposent le bassin et les membres inférieurs. Sur le moyen *B*, légèrement excavé et un peu plus élevé que les deux autres, s'applique la partie déformée du thorax, le sujet étant couché sur le côté convexe de la courbure dorsale et légèrement renversé en arrière, comme l'indique la figure 4. Une plaque *P* sert de dossier et soutient le tronc en arrière, dans cette position. Le tronc est donc soulevé de telle sorte que la courbure dorsale est renversée par l'action que le poids de la tête et des épaules, d'un côté, du bassin et des membres inférieurs, de l'autre, exercent sur les deux extrémités de l'arc.

Cet appareil n'est applicable qu'aux courbures dorsales prédominantes et à grand rayon.

Il ne convient également que dans le cas où les côtes qui constituent la gibbosité n'offrent pas vers leur angle une courbure trop aiguë. Dans ce cas, en effet, l'emploi de cet appareil, tout en exerçant une action avantageuse au

avec une réelle efficacité, le thorax ne pouvant échapper à l'action des plaques, contre lesquelles il est appliqué par le poids même du sujet.

Ajoutons aux avantages précédents que l'action mécanique est essentiellement graduée et ne peut exercer aucune influence fâcheuse sur les fonctions organiques. En effet, le propre poids du sujet étant la seule force mise en usage et cette force étant toujours proportionnelle à l'âge, l'appareil porte en lui-même le régulateur de son action.

Nous croyons donc que, de tous les appareils applicables au traitement des déviations rachidiennes, les appareils horizontaux dits à pression latérale sont ceux qui doivent être préférés dans la grande majorité des cas, car seuls ils offrent réunis les avantages d'une complète inocuité d'action et d'une réelle puissance.

Nous venons d'étudier les moyens mécaniques au point de vue

point de vue du redressement de la courbure du rachis, tendrait, d'un autre côté, à exagérer la gibbosité.

Dans la cyphose, nous mettons en usage un appareil très-simple et ou le poids du sujet est également l'unique agent de redressement du rachis.

Sur un plan incliné semblable à celui de l'appareil représenté dans les fi-

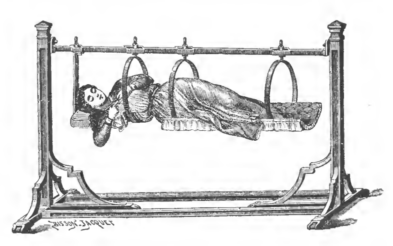


Fig. 4.

gures 1 et 2, nous disposons transversalement une sorte de billot légèrement convexe, bien rembourré et dépassant de deux ou trois centimètres seulement le plan du lit. Le sujet étant couché sur le dos, la partie centrale de la courbure du rachis repose sur ce billot, et le poids des épaules, d'une part, du bassin, de l'autre, suffit pour ouvrir la courbure et en obtenir le redressement graduel. On augmente, du reste, la hauteur du billot à mesure quo l'arc se rapproche d'une ligne droite.

technique, il nous reste maintenant à apprécier leur valeur thérapeutique en général.

Cette valeur est indiscutable, surtout en ce qui concerne les appareils que nous avons examinés en dernier lieu.

En effet, d'une part, il est possible, au moyen des appareils, de produire, sur un point déterminé de l'épine ou du thorax, une action localisée, chose à peu près impossible à obtenir au moyen de la gymnastique, qui met en jeu d'une manière synergique un certain nombre de muscles dont on ne peut limiter l'action à telle ou telle partie du rachis ; et d'autre part, les moyens mécaniques offrent seuls une durée d'action suffisante pour modifier d'une manière permanente les divers éléments des difformités qui se lient aux déviations du rachis.

Si nous faisons maintenant la part des différents moyens d'action dont dispose l'art orthopédique, nous croyons qu'il faut distinguer deux périodes dans le développement des courbures de l'épine. Dans la première, la déviation est d'abord passagère, en quelque sorte rudimentaire, et disparaît soit dans le décubitus dorsal, soit lorsque le sujet se suspend par les extrémités supérieures. Dans la seconde, les courbures sont devenues permanentes et ont entraîné une asymétrie du thorax qui constitue la gibbosité.

Les moyens propres à activer la nutrition, tels que l'hydrothérapie, les bains de mer, les eaux minérales, les toniques pharmaceutiques et la gymnastique, peuvent suffire quelquefois à amener le redressement ou tout au moins l'arrêt des courbures lorsqu'il n'existe pas encore de déformation proprement dite, et que l'indication à remplir consiste seulement à imprimer un élan vigoureux au développement physique du sujet et à rétablir l'harmonie de l'action musculaire. Mais il en est autrement en présence d'une déformation confirmée et d'une gibbosité qui a altéré la forme du thorax. Les agents d'entraînement ne peuvent avoir ici qu'une influence reconstituante générale, et la gymnastique, outre l'efficacité restreinte qu'elle possède contre la déformation elle-même, n'a qu'une action trop passagère pour contre-balancer, hors le temps des exercices, l'influence fâcheuse de la pesanteur et de toutes les causes qui tendent à augmenter les courbures. Il nous paraît donc hors de doute que, dans ce dernier cas, il faut de toute nécessité en venir à l'emploi des moyens mécaniques, dont l'action est à la fois plus durable et plus capable de modifier l'altération de la forme. Dans une lésion qui, la plupart du temps, est due à des modifications vitales et mécaniques, se borner à l'emploi de moyens qui ne peuvent combattre qu'un de ces éléments est évidemment peu logique, et les autres agents que l'art possède pour remédier aux difformités rachidiennes ne sont pas suffisamment efficaces pour qu'on puisse se priver de

l'emploi des appareils, qui, convenablement choisis et appliqués, n'ont aucun des inconvénients dont quelques auteurs se sont plu à les douer.

Après avoir passé en revue les divers moyens curatifs que l'art oppose aux déviations de la colonne vertébrale et en avoir apprécié le rôle respectif, nous croyons devoir dire quelques mots des résultats que l'on peut attendre d'un traitement orthopédique dans les différents cas qui se présentent au praticien.

Cette conclusion de notre travail nous paraît d'autant plus utile que cette question a été généralement assez négligée, d'où l'incertitude du plus grand nombre des médecins sur le degré de curabilité des courbures de l'épine et la valeur réelle de l'orthopédie.

Les circonstances principales qui influent sur la curabilité des déviations du rachis sont les unes générales, telles que la cause de la difformité, l'état de santé, la constitution, l'âge du sujet et enfin l'ancienneté de la déformation ; les autres spéciales, telles que la forme et le siége des courbures.

D'une manière générale, les courbures de l'épine dues au rachitisme vrai présentent une gravité particulière, car ici les corps vertébraux subissent rapidement des déformations souvent considérables. Il se produit de plus, sous l'influence du rachitisme, indépendamment de la gibbosité, une altération de la forme du thorax tout à fait caractéristique, due à la projection du sternum en avant et nommée *chiken breast* ou poitrine de poulet. Il importe donc, dans les cas de déviations de l'épine de cause rachitique, de commencer le traitement de très-bonne heure et avant que le travail de réparation ait consolidé définitivement les diverses parties du squelette dans leur position vicieuse et ait amené des déformations irréparables.

Ainsi prises au début, les difformités rachitiques peuvent être attaquées avec succès, et nous n'avons pas remarqué pour notre part, contre l'opinion de quelques auteurs, que le traitement présentât dans ce cas plus de difficultés.

Comme circonstance désavantageuse, nous rapprochons du rachitisme l'influence de l'hérédité, qui, ainsi que l'a fait remarquer M. Bouvier, en créant une prédisposition à la désharmonie des actes nutritifs, rend plus rapides et plus profondes les déformations du squelette.

Lorsqu'au contraire les courbures de l'épine sont dues à un simple défaut d'équilibration des puissances musculaires, ou se présentent chez des sujets chez lesquels on ne rencontre aucune des circonstances aggravantes que nous avons signalées plus haut, les chances de succès sont très-grandes, car l'art offre ici de puissants moyens d'action soit pour rétablir l'harmonie des forces musculaires, soit

par l'entraînement organique du sujet, aidé des agents orthopédiques proprement dits, pour provoquer à la fois son développement physique et le redressement des courbures.

Les dyscrasies, et en particulier la chlorose, par les troubles des fonctions digestives dont elle s'accompagne le plus souvent, rendent le traitement des déviations du rachis plus long et plus difficile, car, ainsi que l'a fait remarquer avec une grande justesse M. Bouvier, « c'est la nutrition qui accomplit seule la restauration des formes, » et les moyens orthopédiques proprements dits « ne font que créer des conditions plus favorables au développement régulier du squelette. »

En ce qui concerne la constitution et le tempérament des sujets atteints de déviations de l'épine, il est à remarquer que les courbures pathologiques du rachis offrent une résistance plus grande aux moyens curatifs, en général, chez les sujets d'une nature sèche et qui présentent un grand développement et une coloration foncée du système pileux que chez ceux qui offrent les caractères du tempérament lymphatique. Chez les premiers, qui se rapprochent en beaucoup de points des rachitiques, l'accroissement est lent, les déformations du squelette sont plus profondes et le tissu osseux paraît offrir une résistance particulière. Chez les seconds, au contraire, on remarque très-souvent dans leur développement physique une précocité qui vient puissamment en aide à la thérapeutique.

On obtient, en général, une restauration de la forme d'autant plus parfaite que le sujet est plus jeune ; la perte de hauteur des disques et des corps vertébraux du côté de la concavité des courbures pouvant alors se réparer plus facilement par l'effet de l'accroissement. Néanmoins, il importe de remarquer que le traitement doit être plus prolongé, toutes choses égales d'ailleurs, chez les très-jeunes enfants que chez ceux qui sont plus avancés en âge. En effet, chez les premiers le peu d'amplitude des courbures offre moins de prise à l'action des moyens curatifs et spécialement des appareils, et de plus, il importe de se prémunir contre une rechute possible en insistant plus longtemps sur le traitement, parce que l'apparition de la puberté constitue plus tard une époque critique, si, par l'élan imprimé à la nutrition, le système osseux n'a pas acquis une résistance suffisante. Aussi les sujets qui se trouvent dans les conditions les plus favorables sont-ils ceux chez lesquels la déviation de l'épine a débuté, comme il arrive, du reste, le plus souvent, vers l'âge de 12 à 14 ans. La menstruation s'établissant vers cette époque, un traitement concomitant offre les plus grandes chances de succès, car l'individu traverse alors la dernière phase de son développement et n'a plus à craindre plus tard une nouvelle modification organique qui pourrait exercer une influence fâcheuse.

Il est à peine besoin de faire ressortir la gravité qu'imprime au pronostic l'ancienneté de la déformation. Aussi ne saurions-nous trop insister sur la nécessité de commencer un traitement dès les premiers linéaments de la déviation rachidienne. Malheureusement, il existe à ce sujet un préjugé extrêmement fâcheux, qui est de croire qu'une déviation de l'épine au début peut disparaître par les seuls progrès de l'âge et du développement. C'est là une erreur qui compromet l'avenir physique d'un grand nombre d'enfants, et d'autant plus difficile à détruire qu'elle s'accorde trop bien avec l'inertie souvent coupable de certains parents.

Il peut arriver, quoique assez rarement, qu'une légère incurvation du rachis, qu'une *mauvaise tenue*, suivant l'expression du vulgaire, disparaissent plus tard parce qu'il n'y avait pas encore déformation des éléments articulaires de l'épine ou des corps vertébraux; mais dès que cette déformation existe à un degré appréciable, que les courbures pathologiques offrent une certaine amplitude et ne disparaissent pas dans la position horizontale, et enfin que le mouvement de rotation des vertèbres sur leur axe a amené un commencement de voussure du thorax en arrière, ou pour mieux dire un commencement de gibbosité, il n'est que temps d'attaquer vigoureusement le mal, car ses progrès suivraient une marche fatale.

Mais faut-il abandonner à eux-mêmes les sujets chez lesquels la déformation a pris un tel développement qu'on ne peut espérer la restauration, même bien incomplète, de la forme? Nous ne le pensons pas, et nous croyons qu'on doit lutter encore et toujours pour empêcher que la déformation, en augmentant par les progrès de l'âge, n'altère de plus en plus les fonctions des organes digestifs et respiratoires. Même dans ces cas extrêmes, il est possible d'améliorer la position des sujets gibbeux, en transmettant au bassin, par l'intermédiaire des tuteurs, une partie du poids du corps, pour soulager d'autant le rachis, et en rendant à leur thorax, par les exercices qui mettent spécialement en jeu les muscles inspirateurs, une amplitude compatible avec une santé relative. C'est là un avantage sérieux, si l'on songe à la gravité particulière qu'acquièrent chez eux les affections pulmonaires, même les plus légères en apparence, en diminuant le champ déjà très-restreint de l'hématose.

Au point de vue purement orthopédique, la forme et le siége des courbures ont une importance capitale.

Les courbures à grand rayon offrent, en général, des conditions de curabilité plus avantageuses que les courbures à faible rayon. En effet, dans le premier cas, la déformation se répartissant sur un plus grand nombre de vertèbres, chacune d'elles présente une moins grande différence de hauteur entre ses deux moitiés latérales, et il

est plus facile, par le développement physique imprimé au sujet, de faire disparaître ou tout au moins de diminuer cette inégalité. Dans le second cas, au contraire, surtout pour les vertèbres qui occupent le centre des courbures et qui sont les plus déprimées, la différence de hauteur entre leurs deux moitiés latérales, surtout si le sujet est déjà avancé en âge, peut être plus souvent trop grande pour pouvoir être aussi complétement réparée. Il faut considérer de plus que, dans les courbures à grand rayon, l'affaiblissement des disques intervertébraux produit en grande partie l'inclinaison des vertèbres les unes sur les autres, inclinaison qui, pour les courbures à faible rayon, résulte plus particulièrement de l'affaissement du tissu osseux.

Si l'on considère l'influence du siége des courbures sur le degré de curabilité, on observe que lorsque la courbure principale occupe la région dorsale, comme c'est, du reste, le cas le plus ordinaire, le pronostic est beaucoup plus favorable que lorsque cette courbure a son siége à la région lombo-dorsale. Quoique, dans le premier cas, l'aspect général soit souvent plus disgracieux, à cause de l'élévation de l'épaule correspondant à la gibbosité dorsale, il ne faut pas s'en laisser imposer par cette gravité de la déformation en apparence plus grande, car on peut s'attaquer avec beaucoup plus d'avantage à une gibbosité dorsale, même très-prononcée, qu'à la saillie des vertèbres lombaires. Lorsqu'en effet la courbure principale occupe la partie supérieure du rachis, la gibbosité, étant produite par la courbure et la saillie des *vraies* côtes, qui sont solidement liées entre elles par l'intermédiaire du sternum et forment corps, pour ainsi dire, offre un point d'appui solide à l'action des appareils, tandis qu'à la région inférieure du tronc, il est beaucoup plus difficile d'atteindre le rachis à travers l'épaisseur des tissus du flanc.

En résumé, lorsque l'on considére avec impartialité les résultats de l'orthopédie en ce qui concerne le traitement des déviations de l'épine, il est impossible de méconnaître ses réels services. Si, dans tous les cas de malformation, par des raisons qui, la plupart du temps, sont en dehors du domaine de l'art et de la science, il n'est pas toujours possible, par les moyens dont elle dispose, d'arriver au rétablissement complet de la forme, on peut affirmer néanmoins qu'elle obtient ce résultat ou en approche dans un nombre de cas beaucoup plus considérable qu'on ne le croit généralement et que, sous ce rapport, elle n'a rien à envier aux autres branches de la chirurgie réparatrice.

Séance du 31 mars 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine et les ouvrages suivants : 1° *Uréthrotomie interne et uréthrotomie externe sans conducteur*, par le Dr Horion, de Liége ; 2° *De l'emploi des tissus imperméables et notamment de la toile de caoutchouc dans le traitement des affections de la peau*, par le Dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; 3° *Étude sur les cals douloureux*, par le Dr Daniel Pasturaud ; 4° *Menton*, par le Dr Jacques-François Farino.

Lectures.

1° M. le Dr Chassagny donne lecture d'un travail intitulé : *Du cathétérisme œsophagien ; modification des olives du cathéter.* (Commissaires : MM. Guyon, Polaillon et Desprès.)

2° M. Pamard, membre correspondant à Avignon, lit la note suivante :

Polype naso-pharyngien. — Récidive. — Seconde opération. — Guérison remontant à dix-sept mois.

Obs. — J'ai présenté à la Société de chirurgie, en 1873, une observation d'ablation de polype naso-pharyngien, qui a été publiée dans les bulletins de la Société (voir *Bulletin* 1873, p. 576).

Cette observation se terminait ainsi :

Deux mois après l'opération M. Capeau m'écrivait : « La cicatrice est complète, on sent l'os de nouvelle formation presque partout. »

Il n'était pas question de récidive et j'espérais que nous y échapperions. L'opération datait déjà de deux mois, j'avais pris le plus grand soin de détruire toute trace du mal. L'événement se chargea de me prouver qu'il ne faut pas se hâter de concevoir de telles espérances.

A la fin d'août, M. Capeau constata dans la narine l'apparition de

quelques bourgeons charnus ; il essaya des cautérisations, qui n'eurent aucun effet ; la tumeur alla se développant avec une rapidité vraiment effrayante. Et quand Jauffret me fut renvoyé dans les premiers jours d'octobre, je constatai l'état suivant : le polype a déjà acquis un volume considérable; on le trouve dans la narine droite, où il arrive jusqu'à son orifice externe, dans l'arrière cavité des fosses nasales, où il fait saillie derrière le voile du palais. Mais le point où il a acquis le plus grand développement, c'est dans l'épaisseur de la joue, là où fut autrefois le sinus maxillaire : on sent là une tumeur mobile, dure, résistante, globuleuse, qui a le volume et la forme d'une mandarine ; sur le plancher de la bouche, la cicatrice laissée par la première opération est devenue saillante, elle s'est élargie et comme œdématiée ; elle a pris une couleur rouge vineuse.

Le 9 octobre 1873, quatre mois jour pour jour après la première opération, je fis une seconde opération.

Comme la première fois, le malade ne fut pas chloroformé et fut opéré assis dans un fauteuil, placé devant une fenêtre bien éclairée.

Frappé par le développement de la portion de la tumeur qui occupait la région sous-orbitaire, comptant sur l'absence du maxillaire supérieur, ou tout au moins sur une reproduction osseuse qui ne pourrait être un embarras, je m'étais décidé à faire deux incisions : la première verticale, partant du grand angle de l'œil, descendait dans le pli naso-jugal et contournait l'aile du nez, en intéressant les parois nasales dans toute leur épaisseur ; la seconde horizontale, partant de la terminaison inférieure de la première, avec laquelle elle formait un angle presque droit, marchait parallèlement au bord de la lèvre supérieure, et je la conduisis jusqu'au niveau de la commissure, coupant les parties molles dans toute leur épaisseur. Ces deux incisions me découvrirent ce que j'appellerai la portion externe du polype ; celle-ci n'avait, avec les parties qui l'entouraient, que des rapports de contact et était comme une expansion de la portion contenue dans les fosses nasales. Pour atteindre cette dernière, il me fallut couper une apophyse montante de nouvelle formation; le couteau n'y suffit pas, je dus employer les cisailles; ce n'était pas un os entièrement formé, mais cela s'en rapprochait déjà beaucoup. Je commençai alors la dissection de la tumeur, dissection longue, laborieuse, penible, qui se fit peu à peu, avec le couteau, la rugine, avec une spatule et quelquefois les ciseaux. Pour terminer ce temps de l'opération, je dus agrandir les voies que je m'étais ouvertes, en prolongeant à travers la lèvre supérieure, dans toute sa hauteur, la première incision verticale. Enfin la tumeur put être enlevée en totalité, sans qu'il y eût aucun accident. Je pus alors arriver sur sa base d'implantation et constater qu'il existait dans la voûte basilaire deux véritables excavations, qui paraissaient avoir été creusées par le polype et où ses racines s'étaient comme implantées. C'est dans ces deux cavités que j'éteignis successivement cinq cautères de petite dimension, rougis à blanc, en prenant les précautions nécessaires en pareil cas pour protéger les parties voisines; précautions fort incomplètes et fort peu pratiques, selon moi, que je remplace

avec avantage, je crois, par un tube en fer-blanc, de dimensions appropriées, porté par un manche en bois qui lui est perpendiculaire ; on l'entoure, au moment de l'employer, de plusieurs circulaires de linge, que l'on trempe dans l'eau froide. On peut ainsi cautériser au fond d'une cavité le point que l'on veut et seulement celui-là, sans avoir besoin d'aides, qui vous gênent et que vous êtes exposé à brûler.

Les suites furent aussi simples qu'au mois de juin et la guérison arriva d'une façon tout aussi rapide. Au bout de trois jours, le malade se levait ; au bout de huit jours il sortait ; à ce moment, les plaies, qui avaient été pansées simplement avec des compresses imbibées d'eau froide, étaient à peu près entièrement cicatrisées. Il a conservé pendant très-longtemps un écoulement purulent par la narine, dont l'odeur était infecte ; cette odeur est allée en s'affaiblissant. L'écoulement a lui-même cessé, il n'y en a plus trace aujourd'hui.

La tumeur a tous les caractères de celle que j'avais enlevée quatre mois plus tôt ; elle est presque aussi volumineuse. Elle est formée de deux portions, séparées par un étranglement ; l'une est globuleuse, elle est comme un bourgeon émané de la portion principale et qui, n'étant point comprimé par les os, s'est développé rapidement en conservant sa forme naturelle ; quant à la portion principale, elle est allongée, elle a dû accommoder sa forme à celle de la cavité des fosses nasales.

Les traces de la première opération sont peu visibles ; il n'en est pas de même de celles de la seconde. Pourquoi, me dira-t-on, n'avez-vous pas suivi la seconde fois le procédé opératoire qui vous avait bien réussi une première fois ? D'abord, je ne pensais pas que la tumeur eût déjà acquis de telles dimensions et qu'il me fût nécessaire de faire des délabrements tels que ceux qui me furent commandés pour arriver jusqu'au pédicule. Ensuite, pourquoi ne l'avouerai-je pas? je cherchais par tous les moyens possibles à ménager cette voûte palatine de nouvelle formation, qui existait, que je sentais sous mon doigt et que je considérais comme mon œuvre.

A ce moment, j'ai constaté et fait constater à mes confrères de la Société de Vaucluse, présents à la réunion de juillet, que l'os maxillaire était reproduit en plusieurs points :

1° Le rebord orbitaire ;

2° L'apophyse montante : en introduisant une spatule dans la fosse nasale et appliquant un doigt à l'extérieur, on sent facilement l'os reformé à nouveau ;

3° A la voûte palatine ; l'os de nouvelle formation occupe toute la partie postérieure, celle qui se continue avec le voile du palais ; il existe, en outre, une bandelette osseuse bordant la lèvre externe de la plaie faite à la voûte palatine sur toute sa longueur et ayant un centimètre de largeur ;

4° Enfin si, après avoir immobilisé la tête, on place un doigt dans l'orbite et l'autre dans la bouche, en dehors des points où a commencé le travail de régénération osseuse, on constate qu'il est impossible d'imprimer aux parties comprises entre les doigts des mouvements

semblables à ceux qu'on imprime aux parties molles. Il y a là un noyau de parties dures, de nature osseuse certainement, dont j'évalue l'épaisseur à deux centimètres.

Le 4 mars 1875, j'ai revu mon jeune malade. La mutilation du visage n'est que trop visible ; mais elle n'a rien de trop choquant pour l'œil d'un chirurgien. Depuis neuf mois que je n'avais vu Jauffret, il y a une amélioration des plus sensibles. Il n'y a aucune trace de récidive, bien que l'opération remonte à dix-sept mois. La voix n'est ni altérée, ni gênée ; la mastication et la déglutition se font naturellement et sans troubles.

L'os maxillaire supérieur existe toujours au rebord orbitaire et à l'apophyse montante ; mais ma surprise ne fut pas médiocre quand je reconnus qu'il n'y avait plus trace de reproduction osseuse ni à la voûte palatine, ni dans l'épaisseur de la région sous-orbitaire, en deux points où elle avait été constatée il y a neuf mois.

Si j'avais été seul à examiner le malade au mois de juillet, je pourrais admettre que j'ai été trompé par mes désirs et la dupe d'une illusion d'auteur ; mais je ne puis croire qu'il en ait été de même de mes honorables collègues de la Société de Vaucluse. Il nous faut donc chercher l'explication de ce fait singulier d'un os reproduit par le périoste et disparaissant au bout d'un certain temps, sans cause connue et sans phénomènes qui aient pu faire soupçonner cette disparition.

Je ne puis, pour ma part, trouver une explication plausible à ce phénomène et je ne crois pourvoir mieux faire, Messieurs, qu'en venant vous demander la solution de ce problème.

Je ne saurais terminer sans rappeler combien peu l'absence du maxillaire supérieur déforme la face; il est impossible de se douter, en regardant le jeune Jauffret, qu'on a fait dans son squelette une telle brèche.

Enfin, il n'est pas inopportun de souligner le rôle qu'a joué le fer rouge dans ce cas ; c'est à lui que j'attribue, sans la moindre hésitation, l'absence de toute récidive.

Discussion.

M. Trélat. A plusieurs reprises déjà on a agité la question de la reproduction, après ablation, du maxillaire supérieur, et l'on a cité des faits où elle avait eu lieu. On a expérimenté également sur des animaux, et toutes les fois qu'on a pu procéder à l'examen direct, on a constaté que cette reproduction avait fait défaut et que l'on avait été victime d'une illusion, produite par la densité et la consistance des tissus fibreux cicatriciels. MM. Richet, Sédillot, Ollier, Langenbeck ont partagé ces illusions, que l'autopsie est venue détruire. Il est possible que quelque chose de semblable ait eu

lieu dans le fait de M. Pamard, et que plus tard la souplesse rendue aux tissus par la résorption des matériaux exsudés ait fait croire à une disparition de parties osseuses qui n'ont jamais existé.

M. Pamard. Il existait dans la voûte palatine, en dehors de la cicatrice, une bande osseuse large d'un centimètre, et lors de la seconde opération, on a constaté directement la reproduction osseuse de l'apophyse montante, ce qui a nécessité l'emploi de cisailles. Cette apophyse existe encore. Quant à l'os trouvé dans la voûte palatine, il a disparu, mais n'a pu être confondu avec des tissus fibreux.

M. Verneuil. Je suis moins étonné que M. Trélat de cette résorption consécutive du tissu osseux. Les expériences de transplantation de lambeaux périostiques ont montré des os de nouvelle formation disparaissant au bout de trois à six mois. Il ne serait pas étonnant qu'il en fût de même après certaines résections sous-périostées.

M. Perrin partage l'avis de M. Verneuil et en trouve la confirmation dans l'évolution du cal, où l'on voit le cal provisoire, dû à l'irritation des parties au voisinage de la fracture, disparaître au bout d'un certain temps, en même temps que s'organise le cal définitif.

M. Trélat. Je ne conteste pas les faits rappelés par M. Verneuil; je désire seulement mettre les chirurgiens en garde contre certaines illusions. Ainsi, MM. Marmy et Sédillot ont pu s'assurer que des voûtes palatines qu'on croyait régénérées étaient constituées simplement par du tissu fibreux. Pour ce qui est des phénomènes du cal, il s'agit là d'un ordre de faits bien différents ; comme dans tout travail de cicatrisation, il y a dans l'évolution du cal une production d'éléments spéciaux, qui subissent ensuite une régression aboutissant à la disparition complète.

Élection.

On procède à l'élection d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à trois places de membre associé étranger et à trois places de membre correspondant étranger. Sont élus : MM. Giraud-Teulon, Giraldès, Trélat, Larrey et Duplay.

Communication.

M. Verneuil appelle l'attention de la Société sur les

Déviations du canal de l'urèthre simulant son oblitération en certains cas de fistule vésico-vaginale.

Depuis longtemps on a signalé l'oblitération du canal de l'urèthre parmi les complications de la fistule vésico-vaginale consécutive à l'accouchement [1]. On n'a pas spécialement étudié la façon dont se produit cette lésion, et à *priori*, on doit la croire bien rare; cependant on s'explique, à la rigueur, qu'au cas où la mortification primitive comprend toute l'épaisseur du canal dans une certaine étendue, les parois puissent, à la chute de l'eschare, se souder, d'où la formation d'un cul-de-sac à une distance plus ou moins considérable du méat urinaire.

Bien que, depuis vingt ans, j'aie observé la fistule vésico-vaginale sur une large échelle et sous toutes les formes, je n'avais jamais rencontré l'oblitération susdite, lorsque, l'an dernier, je crus en avoir sous les yeux un exemple.

Une fille de Calais, âgée de 20 ans, atteinte de fistule à la suite de sa première et unique couche, entra dans mon service à la Pitié pour être opérée.

La perforation, admettant sans peine le bout du doigt indicateur, était transversalement située à 3 cent. 1/2 environ du méat urinaire; les lèvres en étaient souples et mobiles, la postérieure très-visible, l'antérieure, au contraire, un peu enroulée et réfléchie du côté de la cavité vésicale, circonstance qui d'abord ne fixa pas mon attention. Le vagin, ample et extensible, n'était sillonné par aucune bride cicatricielle. L'incontinence était complète dans toutes les attitudes.

Le cas me semblait des plus simples, lorsque l'exploration de l'urèthre me révéla une disposition insolite.

La vulve était tout à fait normale, ainsi que la partie inférieure du vagin et le méat urinaire. En revanche, la sonde introduite dans l'urèthre jusqu'à 3 centimètres de profondeur se trouvait brusquement arrêtée. Je variai la direction de l'instrument, j'essayai la sonde cannelée, le stylet boutonné très-fin, mais en vain : l'obstacle était infranchissable.

Lorsque, poussant l'instrument explorateur de la main gauche, je portais l'indicateur droit dans la vessie par la fistule, je sentais distinctement, entre le bout de la sonde et la pulpe digitale, une cloison de parties molles de plusieurs millimètres d'épaisseur. Plusieurs examens m'ayant toujours donné le même résultat, je conclus à l'existence d'une oblitération complète de l'extrémité postérieure de l'urèthre, au voisinage du col de la vessie.

[1] Voir Deroubaix, *Fistules uro-génitales*, 1870, p. 313.

Cette constatation changeait à la fois et le plan opératoire et le pronostic. Il fallait évidemment rétablir d'abord la perméabilité du canal. Rien de plus facile, il est vrai, que de perforer d'avant en arrière la cloison obturatrice, comme cela a été proposé et pratiqué déjà ; mais je n'étais pas sans quelque inquiétude sur la persistance indéfinie de cet orifice artificiel, aussi bien que sur la manière dont il restait fermé dans l'intervalle des mictions. On pouvait craindre, en effet, ou qu'il s'oblitérât à la manière des ouvertures cicatricielles ou que, changé en fistule *sans sphincter*, il ne laissât persister l'incontinence.

Dans une dernière exploration faite pour décider où et comment je ponctionnerais l'obstacle, j'eus par hasard l'idée de porter dans l'urèthre une bougie à renflement olivaire de petit volume (n° 8), telle qu'on l'emploie pour dilater l'urèthre masculin: grande fut ma surprise quand je vis la bougie pénétrer profondément et quand je la sentis dans la cavité vésicale en contact avec mon doigt porté par la fistule. Une seconde bougie, presque aussi volumineuse que la sonde métallique, pénétra tout aussi aisément; grâce à sa flexibilité, elle avait contourné l'obstacle et s'était pliée presque à angle droit au niveau du col de la vessie. Quant à la sonde d'argent, elle ne parvenait pas davantage dans la vessie.

La nature de l'obstacle était désormais établie : il était constitué soit par une coudure brusque de l'urèthre au voisinage de son entrée dans la vessie, soit peut-être par le col vésical lui-même, dont la lèvre postérieure se soulevait en valvule, comme cela s'observe chez l'homme. Dès lors on comprenait aisément l'arrêt d'un instrument rigide et la pénétration facile d'un corps flexible.

Néanmoins, si la perforation n'était pas nécessaire, il fallait cependant redresser le canal ou abattre la barrière verticale obturant le col, car dans la suite et après la guérison de la fistule, cette barrière ou déviation aurait pu gêner l'émission naturelle de l'urine.

Une incision linéaire médiane aurait certainement remédié d'un seul coup à cette disposition vicieuse, mais je préférai chercher à abaisser doucement la saillie; en conséquence, un tube en caoutchouc fut porté par l'urèthre jusque dans la vessie, puis ramené par la fistule dans le vagin et jusqu'à la vulve; les deux chefs de l'anse furent ensuite réunis à l'intérieur. J'espérais que la pression élastique redresserait le trajet uréthro-vésical; c'est ce qui eut lieu, en effet : au bout d'une dizaine de jours, la sonde métallique était facilement et directement conduite jusque dans la vessie.

Quelque temps après je suturai la fistule. Un point manqua et laissa un pertuis très-fin, que je cautérisai plus tard avec le galvanocautère.

La malade repartit pour Calais guérie de son infirmité. Je suppose que la cure ne s'est pas démentie.

J'ai, tout récemment encore, rencontré la déviation en question, mais dans des circonstances différentes, c'est-à-dire que je l'ai reconnue non pas avant, mais *après* l'opération terminée. J'aurais

été fort embarrassé, je l'avoue, si je n'avais pas été éclairé par le fait précédent.

Le mois dernier j'opérai une fistule en forme de boutonnière dont les lèvres, longues de près d'un centimètre, étaient à peine distantes de 2 à 3 millimètres. Au début, la perte de substance avait été certainement beaucoup plus considérable, car une bride cicatricielle correspondant au bord antérieur de la fistule s'étendait transversalement d'un côté à l'autre du vagin. La perforation était médiane et l'issue exactement à 4 centimètres du méat urinaire.

Ayant, au préalable, exploré l'urèthre avec la sonde utérine, qui me parut pénétrer sans peine dans la vessie, je ne soupçonnai d'abord rien d'anormal; je procédai à la suture. L'avivement oblique largement fait comme de coutume, je passai cinq fils d'argent d'avant en arrière, pour avoir une réunion transversale.

La malade reportée dans son lit, je me mis en devoir de placer la sonde de Sims; mais, malgré tous mes efforts, je ne pus l'introduire au delà de 3 centimètres: elle semblait invinciblement arrêtée au col vésical.

Conformément aux règles du procédé américain, j'avais conduit mes fils dans l'épaisseur seulement de la cloison vésico-vaginale, *sans pénétrer dans la vessie;* cependant j'eus un instant la crainte d'avoir été trop avant, c'est-à-dire d'avoir compris dans mes sutures le col vésical, qui se fût, par conséquent, trouvé fermé. S'il en eût été ainsi, il eût fallu nécessairement enlever au moins les fils du milieu et les réappliquer.

Une chose cependant me rassura : je ne touchais avec le bout de la sonde aucun des fils métalliques, que j'aurais dû rencontrer cependant s'ils avaient transpercé la muqueuse du col. Je songeai sur-le-champ à la possibilité d'une déviation angulaire de l'urèthre ou de la formation d'une barrière verticale au niveau de la lèvre postérieure du col vésical. Mon hypothèse fut bientôt confirmée, car je pus entrer dans la vessie avec une sonde flexible de 3 millimètres, qui donna incontinent issue à l'urine.

Le lendemain, je remplaçai cette sonde à lumière trop étroite par une autre en caoutchouc rouge, plus volumineuse, mais qui, grâce à une extrême souplesse, pénétra du premier coup et qui sans doute redressa l'urèthre ou abaissa la barrière vésicale, car le jour suivant la sonde d'argent de Sims parvint à son tour et fort aisément dans la vessie.

L'incident n'eut pas de suite et la guérison fut obtenue. Cependant j'ai noté que pendant quelques jours après l'ablation de la sonde, l'émission de l'urine nécessitait quelques légers efforts. Cependant, au bout d'une semaine, tout parut rentrer dans l'ordre.

J'ajouterai quelques courtes remarques à ces deux récits. Dans le premier cas, j'ai pu longtemps croire à une oblitération réelle de l'urèthre et j'ai été sur le point de faire une opération inutile; le diagnostic de l'obstacle au cathétérisme est donc moins facile qu'on ne pourrait le penser tout d'abord. Peut-être même l'erreur

a-t-elle été déjà commise, car il paraît que Jobert, sur treize cas d'oblitération uréthrale, aurait vu onze fois l'obstacle siéger au niveau du col de la vessie, c'est-à-dire au point précisément où je fus moi-même arrêté. A priori, on ne comprend guère comment, dans des fistules de petites dimensions, sans délabrement considérable de la cloison, le col de la vessie peut être assez complétement détruit pour que l'oblitération s'en suive.

Au contraire, l'enroulement de la lèvre inférieure de la fistule, en d'autres termes, l'espèce d'entropion de cette lèvre s'explique assez aisément: il suffit, pour qu'elle se reproduise, que l'eschare intéressant les deux couches de la cloison vésico-vaginale soit plus étendue du côté de la vessie que du côté du vagin. La rétraction inodulaire attirera naturellement en dedans la couche la moins lésée, comme une perte de substance de la conjonctive enroule la paupière en dedans. La création d'une barrière saillante, transversale et vésicale est la conséquence de l'enroulement susdit. Il va de soi qu'au lieu de perforer cette barrière, il vaudra mieux la contourner, la déprimer, au besoin l'inciser sur la ligne médiane.

Dans mon second cas, la disposition valvulaire du col existait à un faible degré avant l'opération; mais elle a été augmentée sans nul doute par le rapprochement forcé que les sutures ont produit sur le seul feuillet vaginal de la cloison. Ce rapprochement a créé, du côté vésical, une saillie valvulaire analogue à celle qui se voit dans l'intestin grêle, quand on le suture par le procédé de Lembert.

Je ne veux pas donner à ce sujet plus de développement qu'il n'en mérite, mais indiquer seulement qu'il y a de nouvelles recherches à faire sur l'oblitération uréthrale dans les fistules vésico-vaginales. Il serait à désirer que les chirurgiens qui rencontreront cette lésion si rare publiassent en détail leurs observations.

Discussion.

M. Depaul. Les oblitérations réelles de l'urèthre, consécutives aux eschares produites par un accouchement difficile, sont au moins aussi fréquentes que les déviations signalées par M. Verneuil, et j'en ai observé un cas encore tout récemment à l'hôpital des Cliniques : l'urèthre était interrompu dans l'étendue d'un centimètre et demi. La malade, affligée d'une incontinence d'urine dans les premiers temps, pouvait retenir plus tard plus d'un verre de ce liquide. Un fait semblable, consigné dans les publications de la Société (V. *Bullet.* de 1863, 2e série, t. IV, p. 432 et 514), a été rapporté par M. Duboué, de Pau, qui a inventé, à cette occasion, un instrument spécial pour y remédier.

Il n'y a donc pas eu erreur de diagnostic dans tous les cas où

l'on a constaté une oblitération de l'urèthre. Quand celle-ci existe, la première indication à remplir dans l'opération de la fistule consiste à rétablir la perméabilité du canal.

Quant aux déviations de l'urèthre, il n'est point étonnant qu'elles se produisent, vu les rétractions qu'amènent les cicatrices irrégulières consécutives à des destructions considérables de la cloison vésico-vaginale. Pour les reconnaître, il faut se servir de sondes souples, molles, susceptibles de se plier aux inflexions du canal. Mais en usant de précautions, on ne peut guère se tromper.

M. VERNEUIL. L'erreur est si bien possible que je l'ai commise et que, dans un cas, j'ai été sur le point de faire une ouverture artificielle. La déviation me paraît plus commune que l'oblitération.

M. LE FORT a été obligé, dans un cas, de pratiquer une ouverture à l'urèthre avant d'opérer la suture des bords de la fistule. En raison de la forme de celle-ci, la réunion fut faite de haut en bas. Il y eut très-peu d'incontinence, sans doute parce qu'une portion des sphincters n'avait pas été détruite.

M. GUYON, en opérant, en 1868, une fistule vésico-vaginale, a dû commencer par forer, en quelque sorte, un urèthre nouveau, au moyen d'un tube de caoutchouc laissé en place pendant plusieurs jours.

M. VERNEUIL. La reconstitution du col de la vessie, fonctionnant normalement, chez la malade de M. Le Fort, est un fait de physiologie pathologique intéressant, qui mérite l'attention. Dans les cas de guérison de fistules vésico-vaginales que j'ai observés, il est toujours resté une incontinence d'urine.

M. DEPAUL. Dans un cas de fistule vésico-vaginale, l'incontinence diminua graduellement et la malade finit par garder ses urines, même en marchant. Le sphincter vaginal, revenu sur lui-même, fermait complétement le vagin, transformé en réservoir urinaire

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

M. SÉE.

Séance du 7 avril 1875

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine ; — la *Gazette de santé militaire de Madrid* ; — le *Journal de médecine et de chirurgie de Boston* ; — *le Praticien*, journal de thérapeutique et d'hygiène, publié à Londres par T. Lauder Brunton ; — *Des descentes de matrice*, par le Dr J.-V. Gairal ; — les *Bulletins* et *Mémoires* de la Société de Chirurgie de Paris, n° 3.

M. Duplay présente de la part du Dr Cauvy (d'Agde), médecin des hôpitaux de Béziers, une observation que l'on peut ainsi résumer : *hernie crurale étranglée* chez une femme de 65 ans. Réduction bientôt suivie de symptômes d'obstruction intestinale. Rétablissement du cours des matières fécales, puis mort de la malade par suite de l'affaiblissement résultant d'une plaie gangréneuse.

Communications.

1° M. Poullet donne lecture d'un travail relatif à un *nouveau tracteur mécanique s'appuyant sur les ischions* et d'une note sur le *sériceps, nouveau moyen de prendre la tête fœtale, par un instrument tout en soie.*

(Commissaires : MM. Guéniot, Blot et Polaillon.)

2° M. Gairal expose les avantages d'un *nouveau moyen de remédier aux descentes et aux déviations de la matrice.*

(Commissaires : MM. Panas, Blot et Desprès.)

M. Gairal présente également une sonde sans yeux, à ouverture terminale se fermant à volonté au moyen d'une vaste olive supportée par un mandrin, comme dans la sonde de Belloc.

3° M. Borin lit une note sur un *fermoir vaginal*, destiné à remédier aux prolapsus de la matrice.

(Commissaires : MM. Polaillon, Blot et Guéniot.)

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Nicaise sur les titres des candidats à une place de membre titulaire.

La commission propose le classement suivant :

En première ligne : M. Périer ;
En deuxième ligne : *ex æquo* MM. Th. Anger et Krishaber ;
En troisième ligne : *ex æquo* MM. Gillette et Lucas-Championnière ;

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 14 avril 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : Les publications périodiques de la semaine.

M. Larrey fait hommage du t. XXXe de la IIIe série du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

M. Guéniot dépose sur le bureau une note de M. le docteur G. Boissarie dont le titre est : *Du céphalotribe et de ses abus.*
(Commissaires : MM. de Saint-Germain, Blot et Guéniot.)

M. le docteur Fifield, chirurgien attaché au City Hospital de Boston, écrit pour protester contre quelques-unes des assertions qui ont été avancées dans la dernière séance, au sujet des anesthésiques. Jamais, selon l'auteur de la lettre, l'éther n'est administré en Amérique par une personne spéciale ; l'anesthésie est provoquée dans la salle d'opération, sauf les cas où l'on veut éviter au

malade la vue des instruments, la méthode de Bonnet n'est pas usitée en Amérique et ne doit pas être appelée méthode américaine.

Rapports.

M. Tillaux fait un rapport verbal sur la note suivante, présentée par le Dr Ch. Périer et dont la publication est votée par la Société.

Ablation du sein par la ligature élastique, chez une femme de 84 ans.

Obs. — Une femme de 84 ans entre, le 13 décembre 1874, à l'infirmerie de la Salpêtrière, suppliant qu'on lui enlève une tumeur du sein gauche, à cause des douleurs intolérables qu'elle en éprouve et qui la privent de sommeil.

Cette femme très-maigre, fort emphysémateuse et d'une intelligence très-affaiblie me paraissait peu en état de supporter une opération quelconque et particulièrement l'extirpation d'une tumeur assez volumineuse du sein. Mais comme tous les jours elle insistait sur ses douleurs et son insomnie, et que je ne parvenais pas à la soulager par les moyens calmants ordinaires, je me crus autorisé à tenter sur elle l'emploi de la ligature élastique.

La forme de la tumeur se prêtait merveilleusement à l'emploi de cette méthode.

La tumeur, grosse comme le poing, occupe toute la partie antéro-externe d'un sein atrophié et dont les téguments en excès permettent une pédiculisation franche. C'est un cysto-sarcome datant de 4 ans, n'ayant jamais retenti sur la santé générale autrement que par la douleur. Dans l'aisselle on ne sent aucun ganglion. La tumeur est tellement mobile sur les parties sous-jacentes qu'elle s'en détache par son poids et semble occuper le fond d'un sac.

Le 24 décembre 1874, je traverse la base du sein à l'aide d'une grosse aiguille armée d'un fil de caoutchouc double et d'un fil de soie destiné à renouveler le fil de caoutchouc, si celui-ci venait à se rompre. Je coupe le fil de caoutchouc de manière à avoir deux anses destinées chacune à serrer une moitié du pédicule ; puis, pour éviter tout glissement et être sûr que la section portera sur le tissu sain, je place une broche métallique au milieu de chaque demi-pédicule. Je serre aussi fortement que possible les anses élastiques au-dessous de ces broches et j'assujettis les nœuds avec du fil ciré. Il n'y eut pas d'écoulement sanguin. La malade ne ressentit de douleur qu'au moment du passage de l'aiguille et des broches, elle n'accusa pas de souffrance au moment de la constriction, et une demi-heure après elle déclarait n'en pas éprouver davantage.

Une heure après mon départ, elle commença à se plaindre, puis elle accusa des douleurs de plus en plus vives. On lui donna 3 grammes

de chloral, mais même pendant son sommeil, elle ne cessa de faire entendre des plaintes.

Le lendemain, 25, elle souffrait moins, mais elle avait un peu de fièvre, 38°.

Le 26, les douleurs avaient complétement cessé, mais la température augmentait (38° 4) le matin et le soir.

Le 27, la température montait le soir à 39°; il y avait du délire, une dyspnée intense, une toux fréquente; dans la fosse sous-épineuse gauche, on entendait des râles sous-crépitants. Ces accidents s'expliquent par ce fait que la malade, malgré la rigueur de la saison, se découvre constamment.

Le 28, la température ne dépasse pas 38° 6°. On entend du souffle à la place où la veille on entendait des râles sous-crépitants. Je prescris un vésicatoire volant et des toniques.

L'amélioration fut rapide : en quelques jours la fièvre avait disparu et l'appétit était revenu complétement. Il ne nous resta plus qu'à observer la chute de la tumeur, qui n'eut lieu que le 21 janvier 1875, 28e jour de l'opération.

Voici comment les choses se passèrent :

Au moment où les fils furent serrés, la tumeur devint rouge et très-congestionnée; elle conserva cet aspect jusqu'à l'avant-veille du jour où la séparation fut complète. Pendant les quatre ou cinq premiers jours, les deux fils paraissaient être toujours en contact dans le conduit qui traversait le pédicule, puis ils commencèrent à s'écarter l'un de l'autre, de telle sorte que peu à peu il se forma deux pédicules distincts. L'intervalle qui les séparait devint assez grand pour qu'en soulevant la tumeur, on pût voir entre eux une plaie en voie de cicatrisation. En effet, ce que l'on apercevait de la surface de section du côté de la tumeur était en étendue plus que double de la surface de section du côté de la poitrine. De ce côté les téguments ne présentaient aucun décollement et se continuaient par un liseré bleuâtre de quelques millimètres de largeur avec une surface bourgeonnante d'un très-bon aspect.

La peau ne fut pas divisée simultanément sur tout le pourtour de l'anse élastique. La section commença au niveau du point d'émergence des fils pour s'étendre de proche en proche et ne fut complète que le 18e jour. Alors les fils parurent relâchés; je rétablis la constriction en les tordant et en les assujettissant avec du fil ciré. Le 24e jour, je les serrai de nouveau. Jusqu'alors la tumeur avait conservé une teinte rouge, évidemment elle continuait à vivre. Le lendemain elle était bleuâtre et froide dans presque toute son étendue, le surlendemain la mortification était complète. Enfin le 28e jour, l'un des pédicules s'étant détaché et l'autre ne tenant plus que par une sorte de filament inerte, un coup de ciseaux acheva de séparer la tumeur.

Il restait une plaie en forme de 8 de chiffre dont le milieu était presque entièrement cicatrisé, les deux extrémités présentant deux surfaces bourgeonnantes de la largeur d'une pièce de deux francs chacune. La guérison fut complète en une quinzaine de jours.

La malade se portait bien et se promenait dans les salles, lorsqu'elle fut atteinte, vers la fin du mois de février, d'un érysipèle de la face et d'une bronchite intense. Elle succomba le 6 mars, ce qui me permet de vous soumettre à la fois la tumeur et les téguments qui portent la cicatrice.

J'ajouterai qu'à l'autopsie tous les organes furent trouvés sains, à l'exception des poumons, qui ne présentaient que des lésions de nature inflammatoire, ajoutées à un emphysème considérable.

Voilà donc une malade chez laquelle il est évident que l'opération n'a donné lieu a aucun autre accident que de la douleur pendant 24 heures. La fièvre et le délire observés dans les premiers jours étaient dus à un point pneumonique, n'ayant rien de commun avec ce qui se passait du côté du sein. Enfin la maladie à laquelle elle a succombé ne s'est déclarée que lorsqu'elle était guérie depuis une quinzaine de jours. Je pense donc qu'il est légitimement permis de conclure de cette observation qu'on peut, chez des sujets très-âgés, recourir sans danger à la ligature élastique pour l'ablation de tumeurs plus ou moins volumineuses et que, chez eux, cette méthode opératoire doit même être préférée à toute autre. Chez une malade comme celle dont il s'agit ici, toute méthode sanglante était contre-indiquée ; les caustiques eussent été trop douloureux. L'écrasement linéaire et le galvano-cautère auraient eu l'avantage de détacher rapidement la tumeur ; mais la plaie qui succède à leur emploi est très-étendue et très-longue à guérir. De plus il eût fallu recourir à l'anesthésie et je ne devais pas me hasarder à donner du chloroforme à une malade atteinte d'emphysème et de bronchite chronique.

On m'objectera que la tumeur ne s'est détachée qu'au bout de quatre semaines et que la cicatrisation complète a demandé deux autres semaines. Je dois ici reconnaître que mon observation diffère de celles qui ont été publiées dans ces derniers temps. Distel et Thompson disent que chez leurs opérées la tumeur s'est constamment séparée du 8ᵉ au 9ᵉ jour, c'est-à-dire en trois fois moins de temps. Cette différence peut tenir à trois causes : une résistance spéciale des tissus à diviser, une constriction insuffisante, une qualité particulière de l'agent constricteur.

Il est vrai que chez certains malades, des eschares dont le travail d'élimination est abandonné à lui-même mettent un temps souvent fort long à se détacher ; mais sous une pression continue, si la résistance des tissus peut entrer en ligne de compte, elle ne paraît pas suffire à expliquer un pareil écart.

La constriction a-t-elle été assez forte ? Il est certain que pendant un temps fort long et même après resserrement des fils, la circulation n'a pas été supprimée dans la tumeur ; mais j'affirme

avoir pris toutes mes précautions pour mettre les fils en extrême tension et pour empêcher tout relâchement au moment de la confection des nœuds. Je me suis assuré qu'une fois l'anse appliquée, il fallait exercer une traction considérable pour écarter légèrement le fil du sillon qu'il s'était creusé. Je crois donc qu'à ce point de vue il m'était difficile de mieux faire.

Quant à l'agent constricteur, c'était un fil anglais constitué par une lamelle très-mince de caoutchouc roulée sur un de ses bords, de manière à former un fil plein et rond de 2 millimètres 1/2 de diamètre, tenant le milieu entre les n°s 7 et 8 de la filière charrière.

On peut, en le tirant droit et sans craindre de le rompre, lui donner 7 fois sa longueur; il a alors moins d'un millimètre de diamètre. Après l'application sur ma malade, il n'était certainement pas aussi tendu, car son diamètre n'était pas réduit de moitié. Il offrait donc une surface assez considérable en contact avec les parties comprimées. Je suis disposé à croire qu'il peut y avoir dans la trop grande largeur du fil une cause de retard pour la section des tissus, et qu'avec un fil plus fin, j'aurais vu tomber la tumeur dans un temps beaucoup plus court.

Pour résoudre cette question, qui ne manque pas d'importance pratique, il y aurait lieu d'employer simultanément sur une même malade deux fils de même nature, mais de diamètre différent et circonscrivant des parties égales de mêmes tissus, également serrés.

Discussion.

M. Verneuil. Il y a, en ce moment, à l'étranger un certain engouement pour la ligature élastique. En Angleterre, elle est employée fréquemment contre la fistule à l'anus. Je m'en suis servi moi-même plusieurs fois. Dans un cas, il s'agissait d'une petite fistule dont le trajet mesurait 2 centimètres; elle provoqua des douleurs très-vives, qui se prolongèrent pendant 24 heures; cette section ne fut complète qu'au bout de trois jours. Chez un autre malade, qui portait une fistule traversant le gros orteil, la ligature élastique demanda plus de 4 jours, et il survint des accidents qui faillirent se terminer par la mort. Deux jours après l'application du fil élastique, je le serrai davantage : le soir il y eut un frisson, début d'une lymphangite.

La ligature élastique ne brille donc pas par la promptitude du résultat ; elle cause de vives douleurs et elle peut donner lieu à des accidents très-graves.

M. Després. La ligature élastique constitue une mauvaise mé-

thode lorsqu'il s'agit de couper la peau, à cause des douleurs qu'elle provoque. Je m'en suis servi, au contraire, avec avantage dans un cas d'épithélioma de la langue : je plaçai deux épingles en croix au-dessous de la tumeur, dont j'étreignis ensuite la base au moyen d'un fil élastique. La douleur ne dura pas plus de 6 à 8 heures, après lesquelles le malade ne souffrait plus qu'en mangeant, à cause de la présence des épingles. La tumeur tomba au bout de 7 jours et le malade guérit sans accidents. Mais c'est quelque chose de garder dans la bouche une tumeur sphacélée; à cet égard l'écrasement linéaire est bien préférable.

M. Blot croit, comme MM. Verneuil et Després, que la ligature élastique n'est pas de nature à exciter notre enthousiasme.

M. Polaillon a appliqué la ligature élastique dans un cas de spina bifida de la nuque, chez un enfant de 2 ans 1/2. La tumeur, du volume d'une petite pomme, était difficilement réductible, ce qui permettait de croire que sa cavité ne communiquait avec la cavité rachidienne que par un très-petit orifice. Cette circonstance paraissant favorable à l'emploi de la ligature élastique, M. Polaillon, dans le but de provoquer des adhérences au niveau du pédicule et d'enlever ensuite la tumeur, plaça une épingle à la base de la tumeur, puis un fil de caoutchouc de 1 1/2 millimètre de diamètre fut serré au-dessous d'elle. Il survint des douleurs atroces et l'enfant ne cessa de crier. Le lendemain, la peau était ulcérée et, l'inflammation se communiquant à l'intérieur du rachis, il se produisit des convulsions, qui forcèrent d'enlever la ligature.

M. Duplay. J'ai employé un grand de nombre fois la ligature élastique, et je ne suis pas encore fixé sur sa valeur. Un fait est certain, c'est qu'elle produit parfois une douleur très-vive, même dans les cas légers. Chez une jeune femme atteinte de fistule, les douleurs durèrent 3 jours. D'autres fois les choses se passent différemment et l'on peut guérir les malades sans les astreindre à garder le lit. Il ne faudrait donc pas se hâter de condamner la ligature élastique.

M. Verneuil rappelle que M. Clémot, de Rochefort, avait recommandé, il y a fort longtemps, de traverser les fistules par un simple fil, sans le serrer, et que l'on peut ainsi couper petit à petit et sans douleur les parties qu'il embrasse, le malade continuant à se livrer à son travail.

M. Tillaux, à toutes ces critiqnes, répond que M. Périer n'a pas voulu juger la ligature élastique et qu'il l'a employée parce que chez sa malade les autres méthodes étaient inapplicables.

M. Lefort. On aurait moins d'engouement à l'étranger pour la ligature élastique, si l'on y connaissait mieux l'écrasement linéaire et la ligature extemporanée.

Nomination d'un membre titulaire.

La Société procède au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire. Sur 23 votants, M. Périer obtient 17 voix, M. Krishaber 5, et M. Th. Anger 1.

En conséquence, M. Périer est nommé membre titulaire.

Communications.

1. M. Vast, membre correspondant à Vitry-le-Français, donne lecture de la communication suivante:

Kyste volumineux de l'ovaire, ponctionné 119 fois depuis 4 ans et 3 mois.

Il m'a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de recueillir un fait positif de ces ponctions si nombreuses signalées par les auteurs classiques, mais sur chacun desquels, je crois, manquent des renseignements aussi nets, aussi précis que ceux que je suis à même de fournir en ce qui concerne le fait actuel.

Je ne crois pas sans utilité de rappeler ici quelques-unes des observations relatées par les auteurs, et dans lesquelles on voit la ponction simple des kystes ovariques pratiquée un grand nombre de fois.

Voici quelques faits principaux :

Richard Mead (*Monita et præcepta medica*, cap. VIII). Femme atteinte de kyste ovarique à 51 ans, ponctionnée 60 fois en 5 ans et 7 mois. 1,920 livres de liquide extrait.

Laflize (de Nancy), femme de 38 ans : en 3 ans, 98 ponctions de chacune 16 à 18 pintes ; puis 10 ans sans nécessité de ponctionner, puis nouvelle ponction et mort.

Journal de médecine, t. XIV. Femme de 43 ans : en 3 ans 143 ponctions ; 32 pintes à la première ponction ; nouvelle opération au bout de 15 jours, puis tous les 8 à 9 jours ; une demi-heure après, la femme se levait et se promenait dans la ville. Suite inconnue.

Dr Bezard (*Bulletin de la Société médicale d'émulation*, décembre 1815). Femme ayant subi, en 13 ans, 665 ponctions, chacune de 15 à 20 pintes, d'où masse totale de 10,275 pintes de liquide.

Latham. Cas de 155 ponctions : 3,720 pintes.

J. Hunter : 80 ponctions en 26 ans : 6,831 pintes.

D'après Churchill, la ponction ne prolonge pas la vie, en moyenne, pendant plus de 18 mois et 19 jours, et sur 5 malades, 1 succombe après la première opération.

Sur 109 cas, 46 succombèrent après la première, 10 après la deuxième, 25 entre la troisième et la sixième, 15 entre la septième et la onzième ; 13 mouraient à la douzième.

Obs. — Madame B..., 47 ans, jardinière, a toujours joui d'une bonne santé jusque vers l'âge de 37 ans. Réglée à 14 ans, elle l'a toujours été assez irrégulièrement.

Mariée à 21 ans, elle accoucha très-heureusement un an après ; le 15e jour après les couches, l'écoulement lochial n'étant pas encore terminé, elle arrosait son jardin sans plus s'en préoccuper. C'est il y a 10 ans que la malade s'aperçut pour la première fois du développement d'une grosseur dans le côté droit de l'abdomen ; les règles persistèrent abondantes. Peu à peu le ventre tout entier augmenta et il était déjà très-volumineux en juillet 1870.

Sur ces entrefaites, une émotion très-vive, due à l'invasion, vint imprimer à la maladie une marche rapidement croissante.

Les règles s'arrêtèrent, et depuis lors ne reparurent plus ; la dyspnée, jusqu'alors peu marquée, s'accusa davantage, puis survinrent des douleurs lombaires et de la constipation.

A la fin de décembre, la dyspnée devint extrême, l'anxiété et le malaise furent portés au plus haut degré, et cet ensemble de symptômes nous amena à recourir à un moyen plus énergique, la ponction.

Je fis, assisté du docteur Martin, une première ponction le 11 janvier 1871; nous tirâmes 16 litres de liquide. Aucun incident ne signala l'opération. Le 28 janvier, par suite d'un refroidissement, pleurésie très-aiguë du côté droit ; des vésicatoires successifs furent appliqués.

Pendant cette maladie, le liquide se reproduisait peu à peu dans le kyste, et une nouvelle ponction devint nécessaire 36 jours après, le 15 février, puis le 1er avril, le 9 mai, etc. L'opération a été pratiquée par moi depuis lors 119 fois, savoir

en 1871 — 11 fois	à un intervalle de	36	jours.
en 1872 — 23	—	16	—
en 1873 — 33	—	11	—
en 1874 — 39	—	9	—
en 1875 — 13	—	8	—

Aucun incident notable ne se produisit jusqu'en mai 1874.

Le lendemain de chaque ponction, la malade se levait, faisait l'ouvrage de la maison et pouvait même se rendre au marché dans une voiture assez dure.

Elle avait pris une telle habitude de la ponction que je finis, l'évacuation totale du kyste durant souvent deux heures et demie à trois heures et même plus, par me contenter de donner le coup de trocart et de faire sortir une ou deux cuvettes de sérosité, laissant à sa belle-fille qui la

soignait la charge de faire écouler tout le liquide et de retirer la canule : jamais il ne s'est produit le moindre incident à cette occasion.

Mais en mai 1874 survinrent des douleurs abdominales vives, s'irradiant dans les reins, les cuisses ; vomissements, face grippée, peau froide, pouls petit, aspect péritonitique. A la suite de ces phénomènes aigus, qui me firent craindre une mort prochaine et se calmèrent sous l'influence de soins appropriés, persista un état d'affaissement qui dura environ 3 mois. La malade ne quittait plus son lit. Le liquide du kyste se reproduisait, moins abondant néanmoins que de coutume, mais toujours la ponction amenait une amélioration très-notable. C'est ainsi que le 22 mai, la malade paraissant dans un état désespéré, poussant sans cesse des cris perçants, souffrant horriblement, je ponctionnai après un intervalle de six jours, malgré l'aspect grippé de la face, malgré un pouls misérable, et un calme relatif se rétablit.

Aujourd'hui la malade est entièrement remise de cette longue crise, elle est bien plus forte qu'à la fin de l'année dernière. Bon appétit, bonne digestion, maigreur moins prononcée. Chaque semaine, 3 jours après la ponction, la malade va au marché, comme par le passé.

La ponction a été faite jusqu'alors 119 fois ; 82 fois à droite et 37 fois à gauche. La quantité extraite à chaque ponction a varié de 16 à 19 litres, soit en moyenne 18 litres ; ce qui donne pour les 119 ponctions 21,142 litres.

Caractères du liquide (d'après l'analyse faite par M. A. Collet, pharmacien-chimiste à Vitry) :

Le liquide extrait du kyste est clair, un peu opalescent ; d'une couleur jaune verdâtre, un peu filant. Versé d'un vase dans un autre, il coule à la manière du blanc d'œuf frais. Il est un peu alcalin, presque neutre ; sa densité à 25° est de 1013. Jeté sur un filtre, il passe difficilement, bien que le liquide soit en assez grande quantité.

Le liquide qui passe a une consistance oléagineuse, il tient en suspension des cellules épithéliales, des cellules à granulations graisseuses, de formes variées (un grand nombre sont ovales), des leucocytes en assez petite quantité. Il ne contient pas de pus.

Ce liquide reposé donne tous les caractères des substances albuminoïdes (albumine proprement dite, métalbumine, paralbumine et hydropisine).

Sur 1 kilogramme, on trouve :

Matières solides, 40 gr. 80, savoir :

Matières organiques (albuminoïdes) 32.50	Albumine	$19^{g}05$	Sels $7^{g}50$
	Métalbumine et paralbumine ..	$12^{g}40$	
	Hydropisine.........	très-peu.	

En résumé, nous avons affaire à un kyste de l'ovaire uniloculaire, probablement en bissac. Ce kyste, en raison de sa densité (1013), de la présence de la paralbumine et des cellules qu'on y constate, a été très-vraisemblablement dû au développement d'une vésicule de Graaf et n'a pas pris naissance dans les vestiges du corps

de Wolff. C'est donc un de ces kystes qui, ainsi que l'a fait remarquer récemment M. Spencer Well, ne peuvent guérir radicalement par la ponction simple, comme le font ceux signalés par M. Panas, dans son mémoire à l'Académie.

La ponction simple, malgré son caractère purement palliatif, a prolongé la vie de la malade pendant un temps considérable, bien supérieur à la moyenne indiquée par Churchill.

Je n'ai voulu faire ni l'injection iodée (en raison du volume de la tumeur) ni l'application d'une canule à demeure, ni conseiller l'ovariotomie. J'étais écarté de cette dernière opération et par l'extrême faiblesse de la malade, et par certaines craintes au sujet de l'état de la poitrine, craintes justifiées par la pleurésie insidieuse qui s'était développée peu de temps après la première ponction. D'ailleurs la malade se refusait absolument à cette opération radicale, pour laquelle la mort d'une de ses amies, qui y avait succombé à Paris, ne lui inspirait qu'une vive répugnance.

J'ai donc dû me borner à la simple ponction, qui, malgré les critiques dont elle est l'objet, a néanmoins procuré à ma malade plusieurs années d'une existence le plus souvent très-tolérable.

2. M. Polaillon communique le fait suivant et met sous les yeux de la Société la pièce qui s'y rapporte.

Môle hydatiforme.

Cette môle a été rendue par une femme de 29 ans, qui, en 1864 et en 1873, avait eu deux grossesses normales, suivies de la naissance d'enfants à terme et bien portants.

Cette femme est entrée à la Maternité le 31 mars, pour se faire soigner de métrorrhagies continuelles, qui, dès l'abord, avaient paru produites par un myôme intra-utérin. Le lendemain de son entrée, l'hémorrhagie devint très-abondante ; *à 1 heure de l'après-midi*, l'écoulement sanguin s'accompagna de coliques. Le toucher vaginal fut pratiqué par l'interne du service, M. Budin, qui a recueilli les détails d'après lesquels je résume cette observation : le col de l'utérus était fermé, assez résistant ; le corps, de forme globuleuse, remontait à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. A 3 heures, la malade expulsa, avec une certaine quantité de caillots, la môle hydatique que je mets sous les yeux de la Société. Puis l'hémorrhagie s'arrêta, les coliques cessèrent et tout parut terminé. Pendant les jours suivants, il y a eu un léger écoulement vaginal analogue aux lochies. La malade se leva le dixième jour, et aujourd'hui, 14 jours après l'expulsion, elle sort guérie de la Maternité.

Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres cas de môle hydatiforme, la maladie a été confondue avec un corps fibreux de l'utérus produisant des hémorrhagies. Quand on considère quelle a été la marche

de cette môle, on comprend sans peine que l'erreur ait été commise. En effet, la patiente était accouchée, le 2 juin 1873, d'une fille, qu'elle avait nourrie jusqu'au 15 septembre 1874. Les règles reviennent le 2 juillet, le 2 août; mais elles manquent le 2 septembre, et le 28 de ce même mois, une perte de sang se produit. La patiente pense qu'elle a eu simplement un retard.

Depuis cette époque, l'écoulement du sang par la vulve devient quotidien et sa quantité est en rapport avec la fatigue de la journée. Si la patiente restait au repos, elle perdait, mais peu; si elle marchait ou se livrait à un travail un peu pénible, elle perdait davantage. Depuis le 28 septembre jusqu'à son entrée à l'hôpital, elle n'a cessé de perdre du sang, si ce n'est pendant deux semaines dans le courant du mois de janvier. Aucun autre symptôme n'a accompagné cette hémorrhagie, ni douleur abdominale ni leucorrhée. Il n'y a pas eu de vomissements, mais seulement quelques nausées à la fin de septembre.

Les seins ne se sont pas gonflés; l'aréole est restée avec sa coloration normale et le ventre n'a pas augmenté de volume d'une façon notable.

La malade avait la conviction de n'être pas enceinte, et les médecins qu'elle avait consultés avant son entrée à la Maternité avaient partagé cette conviction. Quelques jours auparavant, on avait même pratiqué le cathétérisme utérin, et on avait trouvé la cavité utérine agrandie.

Je n'ai examiné la malade qu'une seule fois avant l'expulsion de sa môle. La muqueuse du vagin et de la vulve avait une teinte un peu violacée. Le col était ferme, dur, déchiqueté sur les bords, comme le col d'une multipare; le corps de l'utérus était d'une consistance ferme, plus gros que le poing et son volume était facilement appréciable par le palper de l'hypogastre.

L'expulsion de la môle hydatiforme a été certainement provoquée par le cathétérisme utérin qui avait été pratiqué quelques jours avant.

La môle rejetée a l'âge de 6 mois à 6 mois et demi. Elle est remarquable par son petit développement. Ordinairement les môles hydatiques de cet âge ont un développement beaucoup plus considérable. Dans son centre existe une cavité amniotique rudimentaire, dans laquelle on n'a pu retrouver les débris du cordon, ni l'embryon. La masse était enveloppée par une membrane épaisse, molle, gris rosé, plus lisse d'un côté que de l'autre et offrant de nombreux pertuis qui paraissent être des conduits glandulaires. Cette membrane n'est autre chose, dans mon opinion, que la caduque.

La disposition de cette môle hydatique, avec une caduque à la périphérie, une cavité amniotique au centre, confirme les idées déjà connues, à savoir que les kystes agglomérés en grappes se forment aux dépens des villosités du chorion vasculaire et du placenta en voie de formation.

3. M. Tillaux fait la communication suivante :

De la mort subite par embolie cardiaque survenant dans le cours du traitement des fractures.

Parmi les accidents des fractures, il en est un sur lequel l'attention des chirurgiens a été rarement appelée ; Malgaigne n'en fait pas même mention dans son Traité des fractures; je veux parler de la phlébite.

M. Azam, de Bordeaux, a cependant signalé que les fractures et les contusions peuvent être le point de départ d'une phlébite coagulante, qui, le plus souvent, reste inaperçue, mais est dans certains cas le point de départ d'un embolus et la cause d'une mort subite.

Quel est le mode de production de ces phlébites? Se produisent-elles plus souvent dans certaines espèces de fractures? Les fractures compliquées y sont-elles plus exposées que les fractures simples ? Les rencontre-t-on plus fréquemment aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs?

Ce sont là autant de questions intéressantes, que je me contente de poser sans les résoudre.

Quoi qu'il en soit, on observe dans certaines fractures, et ordinairement vers le milieu ou la fin du traitement, des phlébites qui surviennent spontanément et d'une façon insidieuse. Des faits de ce genre ont été signalés par Velpeau, MM. Demarquay, Azam, Gosselin, Lannelongue. — Dans une observation de M. Azam, un malade atteint de fracture de jambe meurt subitement en voulant prendre avec la main la corde de son lit;—dans une autre, de Velpeau, un malade meurt subitement à la suite de l'application d'un bandage au 20e jour de la fracture. Dans ces deux cas, l'autopsie révèle l'existence d'une phlébite de la veine fémorale et la présence d'un caillot dans l'artère pulmonaire.

La mort subite par *embolie pulmonaire* dans le cours du traitement d'une fracture est donc un fait acquis à la science.

Le caillot, après s'être détaché de la paroi veineuse, peut-il cheminer dans le torrent circulatoire, arriver dans le ventricule droit et s'y arrêter, sans pénétrer dans l'artère pulmonaire? En un mot existe-t-il des *embolies cardiaques*, susceptibles d'amener de profondes perturbations, non plus dans l'appareil pulmonaire, mais dans le cœur lui-même? Telle est la question que j'ai en vue de résoudre par cette communication.

Virchow, dans son mémoire sur l'embolie, dit qu'il ne lui a jamais été permis de voir un corps chassé par le sang veineux s'arrêter dans le cœur droit ; le corps étranger pénètre toujours dans

l'artère pulmonaire. Pour cet auteur, d'ailleurs, le passage des embolies à travers la cavité ventriculaire droite n'impressionne pas vivement le cœur, l'endocarde étant loin d'avoir la sensibilité qu'on lui attribuait autrefois, ainsi que l'ont démontré l'introduction de sondes dans les cavités ventriculaires.

La mort subite est, pour l'auteur allemand, le résultat de l'asphyxie et non de la syncope.

D'autre part, Trousseau cite dans sa Clinique de l'Hôtel-Dieu une observation qui a beaucoup de ressemblance avec celle que je relaterai plus loin. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une embolie, fut pris de deux syncopes successives et mourut. « Si l'examen post mortem avait pu être fait, dit Trousseau, il est probable qu'on eût trouvé dans le cœur droit la cause de la syncope. »

Suivant M. Vulpian, quand l'embolie traverse le cœur, elle y détermine des désordres profonds de ses fonctions normales : le caillot peut s'embarrasser dans les piliers, et de là, troubles de la circulation, palpitations, dyspnée, pâleur, menace de mort imminente.

Je suis en mesure, messieurs, de démontrer péremptoirement que la mort subite *par syncope* peut être le résultat d'une embolie cardiaque.

Obs. — Une femme de 56 ans entre le 16 février 1875 dans mon service à l'hôpital Lariboisière. — Elle est atteinte d'une fracture bi-malléolaire gauche par *abduction*, c'est-à-dire que la malléole interne a été arrachée à sa base et que le péroné est fracturé au-dessus des ligaments péronés tibiaux inférieurs. Le pied est subluxé en dehors, la peau fortement tendue sur la malléole, sans présenter cependant aucune déchirure.

La réduction est opérée le surlendemain de l'accident. J'applique des attelles plâtrées.

Le 11 mars, 23e jour de l'accident, la malade, qui n'avait plus accusé de douleur depuis la réduction, se plaint d'avoir vivement souffert dans le membre inférieur pendant la nuit ; le membre est tuméfié. — Attribuant la douleur et le gonflement à la pression des bandelettes de diachylon appliquées pour maintenir les attelles plâtrées, je relâchai l'appareil et la malade n'accusa plus la moindre gêne, ce qui m'empêcha même de songer à la production d'une phlébite.

Tout alla bien jusqu'au 1er avril (43e jour de l'accident), et je me proposais d'autoriser prochainement la malade à se lever.

La malade est prise tout à coup, à la visite du matin en et notre présence, sans qu'elle ait exécuté le moindre mouvement, des accidents suivants : la vue se trouble, la facies pâlit, une résolution absolue survient, la circulation et la respiration sont suspendues.

Cet état dure une à deux minutes, puis la malade revient rapidement à elle ; le visage, baigné d'une sueur froide, reprend à peu près sa co-

loration normale, toutes les fonctions se rétablissent et la malade nous rend compte de ses impressions. — A peine étions-nous à quelques lits plus loin, que se produit une deuxième syncope, mortelle cette fois.

L'autopsie, dont je ne veux donner ici que les principaux détails, m'a révélé l'existence d'une thrombose occupant la veine poplitée et la veine fémorale jusqu'à l'arcade crurale, ; le caillot, adhérent à la paroi dans presque toute son étendue, était, en haut, libre d'adhérences, fibrineux et terminé en tête de serpent.

L'artère pulmonaire était libre, les poumons sains, sauf une légère congestion hypostatique à gauche, le cœur était surchargé de graisse.

Le ventricule droit renfermait à sa pointe, un caillot long de deux centimètres environ, intriqué dans les colonnes charnues. Je mis ce caillot à côté de celui qui occupait la veine fémorale et il fut évident pour tous, que l'embolus cardiaque était un fragment du caillot crural.

Conclusion : A la suite d'une phlébite développée insidieusement dans le cours du traitement d'une fracture, un embolus peut se détacher, pénétrer dans le cœur droit, déterminer des troubles circulatoires profonds et une syncope mortelle.

Discussion.

M. Ledentu insiste sur la concomitance fréquente de varices chez les individus frappés d'accidents emboliques et rappelle un cas qu'il a présenté à la Société anatomique.

M. Tillaux. Il n'en existait point chez mon malade.

M. Houel rappelle que c'est Cruveilhier qui, le premier, a tracé l'histoire des embolies, et que Velpeau a communiqué à l'Académie des sciences, bien antérieurement aux travaux faits à l'étranger, un fait d'embolie survenu à la suite de fracture de la jambe, chez une femme atteinte de varices : la malade fut comme foudroyée et à l'autopsie on trouva un énorme caillot, replié sur lui-même et bouchant l'artère pulmonaire. En 1864, M. Houel a vu un malade qui, vers le 30e ou 37e jour d'une fracture de la jambe, fut pris subitement de syncope, mais revint à lui après quelques instants et se rétablit ; plus tard, de nouveaux troubles survinrent du côté du cœur, accompagnés de râles muqueux dans le poumon droit, et 5 à 6 jours après, attaque semblable à la première, dont le malade se remit également.

M. Terrier. Tous les accidents dont il vient d'être question sont dus à des thromboses, qui se produisent dans une foule d'affections chirurgicales et sont liées à l'état général du malade. Le-

groux a fait une bonne étude de cette question, qui tout récemment a fait le sujet d'une thèse soutenue à la Faculté par M. Durodié. (*Histoire des thromboses et de l'embolie veineuses dans les cachexies et dans les fractures*, 1874, n° 326.)

M. Desprès. Les accidents se produisent d'ordinaire au moment où les malades commencent à se lever.

M. Tillaux. Je n'ai pas voulu faire l'histoire des embolies, mais seulement appeler l'attention sur les phénomènes cardiaques qu'elles peuvent produire. L'examen de la veine d'où est parti le caillot m'a montré tous les caractères de la phlébite.

M. Cruveilhier. Il faut bien admettre que la phlébite est le fait primitif dans les cas où les fragments ont déchiré des veines.

Présentation de malades.

Bourse séreuse crépitante sous-scapulaire.

M. Gaujot. Le malade que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société présente un exemple de *bourse séreuse crépitante sous-scapulaire*, offrant quelques particularités dignes d'être signalées. Cette affection, qui n'est cependant pas très-rare, n'avait point attiré l'attention avant les faits mentionnés par MM. Boinet[1] et Demarquay[2]. Elle fut étudiée dans ces derniers temps par M. Galvagni[3] et surtout par M. Terrillon[4], qui en a tracé une description aussi complète que le comportait le petit nombre de documents connus.

Obs.—Jeune homme de constitution vigoureuse, cultivateur avant son incorporation dans un régiment de dragons. En juillet 1874, chute sur le dos, d'une hauteur de deux mètres environ.

L'accident n'aurait pas donné lieu à la formation d'une ecchymose ou d'un épanchement sanguin profond, mais il aurait été suivi d'une douleur vive au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate du côté droit, de l'impossibilité absolue de mouvoir l'épaule et enfin de la production de craquements dans la région scapulaire postérieure.

La crépitation sous-scapulaire existait-elle antérieurement et ne futelle révélée qu'après la chute, ou bien a-t-elle eu réellement pour origine la cause traumatique invoquée ? Toujours est-il qu'elle fut attribuée à une fracture de l'omoplate et que le membre fut tenu immobi-

[1] *Bull. de la Société de chirurgie*, t. VIII, 1868, p. 458.
[2] *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, t. IX, 1869, p. 589.
[3] Galvagni, *Bulletino della Soc. med. di Bologna*, juin 1873.
[4] Terrillon, *Archives gén. de médecine*, 1874, vol. II, p. 385.

lisé par divers appareils pendant quatre mois, après lesquels les craquements persistaient comme au début. Depuis cette époque, le membre, un peu atrophié par l'inaction prolongée, recouvra peu à peu une partie de ses fonctions. Toutefois, en décembre, on crut devoir recourir à l'électricité et pratiquer une cautérisation transcurrente au niveau du siége de la crépitation. Enfin, les choses restant stationnaires, le blessé fut évacué sur le Val-de-Grâce, dans notre clinique.

Un examen attentif permet de constater d'abord l'intégrité du membre supérieur et de l'épaule, de façon à éloigner toute supposition de fracture ancienne de l'omoplate, d'épanchement sanguin, d'arthrite, de paralysie ou d'atrophie musculaire. La région scapulaire postérieure droite ne présente aucune déformation. Pourtant, à l'état de repos, le bord spinal de l'omoplate est un peu plus écarté du thorax que celui du côté gauche, comme s'il était soulevé par un gonflement des parties situées dans la fosse scapulaire. En réalité, cette saillie du bord spinal nous paraît tenir surtout à l'attitude affectée par le malade. Les mouvements du membre s'exécutent normalement et sans douleur, à l'exception de ceux d'élévation et de circumduction, qui, au dire de cet homme, auraient beaucoup perdu de leur force. Cette allégation, peu justifiée d'ailleurs, ne saurait être, dans tous les cas, attribuée à l'affaiblissement de l'action musculaire ; car l'exploration de la contraction des divers muscles de l'épaule au moyen des courants faradiques montre que ces muscles ont conservé leur énergie.

Le bord spinal de l'omoplate semble un peu épaissi, surtout au niveau de l'épine. Une pression, exercée de manière à faire glisser les parties molles sur le rebord osseux, détermine un frottement rugueux, dû au déplacement de petites aspérités légèrement mobiles. Un de ces petits corps flottants, de la grosseur d'un pois, se sent distinctement dans la fossette triangulaire qui donne insertion au trapèze. Ces frottements sont superficiels et bien distincts d'autres craquements plus profonds et beaucoup plus forts qui se produisent sous l'omoplate pendant les mouvements.

La crépitation sous-scapulaire a lieu surtout pendant le mouvement de circumduction d'arrière en avant. Non-seulement elle est perceptible à la main, mais elle s'entend distinctement à distance. Elle consiste en une série de soubresauts produits par le frottement de deux surfaces dures et inégales, quoique polies comme celles des cartilages. Elle rappelle les craquements de l'arthrite sèche ou le grincement des molaires glissant latéralement les unes sur les autres. Son maximum d'intensité se fait sentir au niveau de l'épine du scapulum ; mais elle existe aussi à l'angle inférieur et elle se transmet jusque dans le bras. Le bruit diminue dans les attitudes du membre qui n'exigent pas l'application rigoureuse de l'omoplate contre la cage thoracique. Ainsi, il est à peine sensible pendant la rotation de l'humérus et il disparaît tout à fait lorsque l'omoplate est attirée en dehors ou en haut et en avant.

La crépitation ne résulte pas ici, comme dans les faits rapportés par M. Demarquay, du frottement du scapulum sur une exostose des côtes ;

car l'exploration de la surface costale pendant l'éloignement de l'omoplate ne fait reconnaître aucune saillie anormale. Mais peut-être existe-t-il un gonflement des tissus fibreux dans la fosse sous-scapulaire. La crépitation ne peut non plus être attribuée à la cause invoquée par M. Galvagni et acceptée par M. Terrillon, à savoir l'atrophie des muscles de la région, attendu qu'aucun des muscles qui s'attachent au scapulum n'est atrophié ou paralysé. Elle ne nous paraît donc pouvoir s'expliquer autrement que par la formation accidentelle d'une bourse séreuse au-dessous du bord spinal et au niveau de l'épine de l'omoplate, et en second lieu, par la transformation rapide des surfaces de glissement en une sorte de pseudarthrose, avec incrustation cartilagineuse des parois kystiques, sans hygrôma. Mais il n'en reste pas moins à déterminer comment une bourse séreuse se développe ainsi après un traumatisme entre deux organes disposés pour se mouvoir normalement l'un sur l'autre sans le secours d'une cavité synoviale, et pourquoi ce kyste accidentel devient tantot un hygrôma et tantôt une sorte de pseudarthrose semblable à l'arthrite sèche.

Cette observation se distingue de celles qui ont été rapportées jusqu'alors par l'origine et par le siége de la crépitation, qui se trouve, non à l'angle inférieur, mais bien au niveau de l'épine de l'omoplate.

Ayant remarqué que, chez cet homme, la pression détermine une sensation de frottement rude en faisant rouler les parties molles sur le rebord spinal de l'omoplate du côté sain, au niveau de l'épine, nous avons recherché si, en dehors des bourses séreuses dues aux causes professionnelles ou traumatiques, il n'existerait pas quelquefois une crépitation sous-scapulaire par le seul fait du jeu physiologique des organes. A cet effet, nous avons examiné 72 militaires de notre service, âgés de 21 à 45 ans, cavaliers ou fantassins, la plupart fortement musclés. Sur 25 d'entre eux, les mouvements ou la pression n'ont déterminé aucun bruit. Mais sur les 47 autres, la pression seule a produit un frottement superficiel au niveau de l'épine 32 fois, au niveau de l'angle inférieur 14 fois. Chez eux aussi, les mouvements ont fait sentir un frottement profond, sous-scapulaire, qui n'est cependant pas la crépitation de la bourse séreuse, 24 fois au niveau de l'épine, et 3 fois au niveau de l'angle inférieur. L'intensité et la fréquence de ces frottements normaux nous ont paru être en raison directe de la force musculaire. Ainsi, les mouvements de l'omoplate étaient absolument silencieux chez un homme émacié par une longue suppuration, chez un autre qui a subi la résection de l'humérus pour un coup de feu, chez un troisième atteint d'une fausse ankylose de l'épaule, chez un quatrième présentant une atrophie du bras et une fausse ankylose du coude, et enfin chez un cinquième, affecté d'une atrophie musculaire progressive des membres supérieurs.

En terminant, je demanderai l'avis de mes collègues sur l'opportunité d'une intervention dans le cas que je viens de présenter. Chez deux des malades dont M. Terrillon a rapporté l'histoire, il existait un hygrôma, qui fut traité par le drainage, avec succès pour l'un, avec moins de bonheur pour l'autre. Ce procédé, sans doute, n'est guère applicable aux bourses séreuses sans hygrôma. Mais on serait peut-être tenté d'essayer quelques moyens susceptibles de provoquer l'adhérence des concrétions cartilagineuses et des surfaces de frottement, tels que l'ignipuncture profonde ou l'injection capillaire interstitielle de teinture d'iode. Pour notre compte, nous sommes peu disposé à nous laisser aller à des tentatives de ce genre, dont le moindre inconvénient, en outre des accidents auxquels elles pourraient exposer, serait de laisser à leur suite une gêne des fonctions plus grande que celle qui résulte de l'affection même et qui, au total, se réduit à peu de chose.

Discussion.

M. Desprès est d'avis que le malade de M. Gaujot est atteint de paralysie du grand dentelé et qu'il n'y a pas lieu à intervenir chirurgicalement. Il conseille l'électrisation.

M. Terrier. Le malade auquel M. Gaujot a fait allusion portait une tumeur du volume des deux poings, qui, ayant été prise d'abord pour un abcès, fut ponctionnée, puis incisée. Ce n'est qu'alors qu'on la traita par le drainage.

M. Gaujot ne saurait croire à l'existence d'une paralysie du grand dentelé chez son malade. Il pense qu'il y a inflammation de la bourse séreuse sous-scapulaire, sans hygrôma.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 21 avril 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

Medicinisch Chirurgische Rundschau (revue de médecine et de chirurgie) de Vienne ;

Les *Mémoires de la Société de médecine* de Strasbourg, t. XI;

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. IX, nos 1 et 2 ; Les *Mémoires* de la même Académie, t. III, 2e fascicule ;

Notes sur quelques moyens de déligation chirurgicale, par M. Tourainne, médecin major de première classe.

M. Luigi Porta, membre associé étranger, adresse un mémoire imprimé sur la *Cure radicale des varices.*

M. Larrey offre, de la part de M. Desruelles, une *Notice biographique sur M. Desruelles père.*

M. de Saint-Germain dépose sur le bureau : le 4e fascicule du tome III de la troisième série des *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris,* pour 1874.

M. Paulet présente : 1° de la part de M. Letiévant, *une observation d'empyème* (commissaires MM. Tillaux, Ledentu, Paulet); 2° de la part de M. Hue, de Rouen, un travail intitulé : *Contribution à l'étude des compressions pelviennes qui peuvent occasionner les tumeurs fibreuses de l'utérus et des moyens qu'on peut leur opposer* (commissaires : MM. Polaillon, Blot, Quéniot).

Communications.

M. Desprès fait la communication suivante :

Hernie ombilicale étranglée. — Kélotomie ; guérison.

Les faits de guérison, par la kélotomie, de hernies ombilicales étranglées sont assez rares pour que la Société s'intéresse à l'observation que je viens lui communiquer, et elle me pardonnera d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Pour la première fois depuis le début de ma pratique dans les hôpitaux, j'ai rencontré cette année un cas de hernie ombilicale réclamant une opération autre que le taxis. En présence de ce fait, il m'est revenu à la mémoire que l'opération de la hernie ombilicale étranglée avait été jugée une des plus redoutables opérations. Huguier avait pu dire sans opposition qu'il valait mieux ne pas toucher aux hernies ombilicales et attendre l'éventualité périlleuse d'un anus contre nature, dont la guérison était moins difficile à obtenir que celle de la plaie faite pour débrider les anneaux qui étranglent la hernie ombilicale. En fait, la théorie de Huguier a été justifiée, puisque depuis dix ans on pouvait à peine citer une ob-

servation de kélotomie pour la hernie ombilicale suivie de succès dans nos hôpitaux. La statistique hospitalière publiée pour les années 1861, 1862 et 1863 confirme la théorie : en 1861, un opéré, un mort; en 1862, un opéré, un mort; en 1863, deux opérés, deux morts; et le décès est survenu régulièrement dans les trois jours qui ont suivi l'opération.

D'autre part, il nous est parvenu des statistiques anglaises qui donnent des résultats très-différents ; nous possédons une statistique de Collis, où nous trouvons que sur huit opérations de hernies ombilicales, faites sans ouverture du sac, par la méthode anglaise, il y a eu six guérisons et deux morts. La comparaison donnait à réfléchir, et depuis longtemps je m'étais proposé de regarder les choses de près lorsque je rencontrerais une hernie ombilicale réclamant une opération.

Obs. — La nommée B... (Marie-Hélène), âgée de 80 ans, pensionnaire de l'hospice de Larochefoucauld, est atteinte de hernie ombilicale depuis 10 ans et portait habituellement un bandage. A la fin de décembre, la malade est prise de bronchite et se met au lit. Le vendredi soir 1er janvier 1875, la hernie devint douloureuse, puis ne se réduisit point sous l'influence de la pression exercée par la malade elle-même. Dans la nuit, les vomissements parurent; le samedi, les vomissements continuèrent et devinrent verdâtres, puis fécaloïdes. Ce jour, une tentative de taxis fut faite par un médecin du voisinage; mais la malade ne prit ni bains ni purgatifs.

Le 3 janvier, à la quarantième heure de l'étranglement, la malade n'avait rendu ni selles, ni gaz par l'anus. A 3 heures, je fus appelé et je trouvai la malade affaiblie, mais sans fièvre bien marquée. Il existait à l'ombilic une tumeur d'un rouge violet, entourée par un plateau dur, le tout ayant le volume du poing. L'ombilic distendu avait le volume d'un petit œuf. La tumeur, dure partout, n'offrait pas trace de fluctuation; je diagnostiquai une entéro-épiplocèle ombilicale, et en considérant la date éloignée du début de l'étranglement, je procédai d'emblée à la kélotomie, en méditant de ne point ouvrir le sac.

Voici le procédé que j'employai: je fis, à partir de la partie supérieure de l'ombilic distendu, une incision verticale à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane et à laquelle je donnai une étendue de 5 centimètres; la peau fut sectionnée seule. Puis je coupai le tissu cellulo-graisseux et mis à nu le sac, que je suivis jusqu'à son collet, et je m'arrêtai sur la ligne blanche quand je vis la couleur nacrée de l'anneau fibreux ombilical. Je pus bien me rendre compte de ce que je faisais, quoique je ne fusse aidé que par une sœur, à qui je faisais écarter une des lèvres de la plaie. A ce moment j'apercevais, à travers le sac, l'épiploon. Je fis une tentative de taxis, qui resta infructueuse. J'ouvris alors le sac sur sa partie la plus saillante, je dépliai l'épiploon et je trouvai une anse intestinale violacée de la grosseur du pouce ; je reconnus qu'en plusieurs points des fausses membranes

unissaient l'intestin et l'épiploon. Ces adhérences pouvaient être facilement détachées avec le doigt. J'explorai ensuite l'anneau et je constatai que la pulpe de mon doigt y pénétrait. Je me mis en devoir de réduire *sans débrider l'anneau*. J'attirai l'intestin au dehors et je constatai sur l'anse herniée le sillon sur lequel portait la constriction et qui séparait l'intestin violacé du reste de l'intestin, qui avait conservé sa coloration normale. Je lavai l'intestin à l'eau chaude, suivant une habitude que j'ai prise pour toutes les hernies. Cela fait, je réduisis : les gaz rentrèrent d'abord, puis l'intestin. Je liai l'épiploon, je le sectionnai au-dessous de la ligature et je cautérisai le pédicule avec le perchlorure de fer. La plaie fut réunie par la suture entortillée. Trois épingles réunirent la plaie cutanée, une quatrième épingle traversait l'épiploon lié. Un bandage de corps retenu par des sous-cuisses fut serré sur l'abdomen.

Les vomissements se sont arrêtés le soir même.

Le 4 janvier, un bouillon ; bon état, pas de fièvre; des gaz ont été rendus en quantité par l'anus.

Les 5, 6 et 7, même état. Tous les jours un lavement de graine de lin.

Le 8, 10 grammes d'huile de ricin et 10 grammes d'huile d'amandes douces.

Le 9, selles abondantes. Les sutures sont enlevées; l'épiploon et le sac donnent une suppuration louable. Un des points de suture a manqué, et la plaie suppure.

Le 13, chute de l'épiploon.

Le 14, 15 grammes d'huile de ricin. Les jours suivants, la suppuration de l'épiploon suit son cours; la cicatrisation marche régulièrement, à part quelques accès de fièvre, dus à la bronchite chronique.

Le 23, bien; la malade est levée dans un fauteuil.

Le 7 février, la plaie est entièrement cicatrisée; les selles ont lieu régulièrement, il n'y a point de menaces de reproduction de la hernie. Pendant tout te temps, le ventre avait été maintenu.

Voilà donc une hernie étranglée depuis quarante heures qui a été opérée d'abord sans incision du sac, et lorsque j'ai ouvert le sac pour réduire l'intestin, j'ai trouvé l'anneau libre. Quelle conclusion tirer? C'est que ce n'était pas l'anneau fibreux qui étranglait l'intestin; ce qui étranglait, c'étaient des brides fibreuses extérieures au sac, que j'ai coupées en cherchant à atteindre le collet. L'obstacle à la réduction, avant l'ouverture du sac, était l'adhérence de l'anse intestinale avec l'épiploon, et cette adhérence était devenue de plus en plus forte à mesure que durait l'étranglement.

Je tire, messieurs, cette conclusion, que je soumets à la discussion : la hernie ombilicale me paraît être étranglée par des brides extérieures du sac, et les incisions de ces brides extérieures doivent être le but principal de l'opérateur. C'est pour cela que les Anglais ont réussi à guérir des hernies étranglées par la kélotomie sans ou-

verture du sac, lorsqu'ils opèrent la hernie étranglée dès le début de l'étranglement.

Les incisions sur l'anneau fibreux ombilical ne sont pas nécessaires. Quand l'intestin est bien détaché de l'épiploon, il doit rentrer par l'anneau ombilical.

Discussion.

M. Périer. Chez la malade à laquelle M. Desprès a fait allusion, il y avait un étranglement interne, que l'opération m'a permis de lever. Quant à la hernie ombilicale elle-même, elle n'était point étranglée.

M. Cruveilhier. J'ai eu deux fois l'occasion d'opérer des hernies ombilicales. Chez une de mes malades, entrée à l'hôpital Saint-Louis, la hernie était survenue dans le cours de la grossesse et s'était étranglée. Je tentai la réduction avant de débrider : la malade succomba à la suite d'une fausse couche déterminée par l'opération. L'autre malade était une pensionnaire de la Salpêtrière ; je cherchai à éviter le débridement de l'anneau et j'éprouvai une grande difficulté à limiter mon incision à la peau, qui est toujours fort amincie. Il serait peut-être bon, comme l'a fait M. Desprès, de rejeter l'incision sur la périphérie de la tumeur. Je fus obligé de pratiquer le débridement consécutivement.

M. Ledentu a vu, en 1865, M. Richet opérer une hernie ombilicale, à l'hôpital de la Pitié : le malade a succombé. Mais l'observation de M. Desprès n'est point en rapport avec ses conclusions, puisque l'incision du sac a mis le malade dans les mêmes conditions qu'après le débridement de l'anneau. La réduction après débridement en dehors du sac, qui tend à reprendre crédit, est sujette à certaines restrictions, notamment en ce qui concerne la hernie ombilicale, dans laquelle la peau, fort adhérente, s'isole très-difficilement. J'ai suivi cette pratique sur une malade de la Salpêtrière, dans un cas de hernie crurale. Je débridai sur le ligament de Gimbernat; les accidents généraux persistèrent et la malade mourut. Si M. Desprès avait guéri la sienne sans ouvrir le sac, ses conclusions pourraient être justifiées. Mais il n'en est point ainsi. La principale cause de mortalité après la kélotomie, c'est la suppuration du sac et la diffusion du pus dans le péritoine; plus la source du pus se trouve à un niveau élevé, plus ce liquide a de tendance à se répandre dans la séreuse. La hernie crurale offre le plus de sécurité sous ce rapport, puis vient la hernie inguinale, et c'est la hernie ombilicale qui présente le plus de danger. Il s'ensuit que la suture est d'une grande importance, puisqu'elle peut préve-

nir l'épanchement des liquides dans l'abdomen. C'est à elle que j'attribue le succès de l'opération de M. Desprès.

M. Giraldès demande où était le ciége de l'étranglement. Dans les hernies ombilicales, il se trouve à l'anneau fibreux, ou il est déterminé par des brides. La hernie opérée par M. Desprès était une hernie enflammée. Le nom de *méthode anglaise* donné par M. Desprès à la kélotomie sans ouverture du sac n'est pas justifié: tous les chirurgiens anglais ne procèdent pas de la même façon.

M. Perrin. Les remarques faites par M. Ledentu me permettront d'être très-bref. Je partage tous les doutes de notre collègue sur la signification qu'il convient de donner à l'observation de M. Desprès. Son plan opératoire, qui consiste à lever l'étranglement sans toucher ni à l'anneau ombilical, ni au collet du sac, me paraît une abstraction. Il est question de la section de brides fibreuses développées au pourtour de l'ombilic et signalées comme des causes d'étranglement. Que signifient ces brides fibreuses, à moins qu'on n'appelle ainsi les trois cordons fibreux, sorte de faisceaux de renforcement qui représentent les vestiges des vaisseaux ombilicaux? Tout me porte à croire que M. Desprès n'a pratiqué aucun débridement sérieux et n'a levé aucun obstacle. Comme la réduction s'est faite néanmoins, je suis conduit à conclure qu'il ne s'agissait pas d'un véritable étranglement, mais bien d'une péritonite herniaire, dont la large incision du sac ou toute autre circonstance a atténué les effets congestifs, au point de permettre facilement la réduction.

Quant au procédé opératoire qualifié de *pratique anglaise* par l'auteur et qui n'est rien que l'application du précepte de J.-L. Petit, de Scarpa, de Boyer, etc., il a dû venir depuis bien longtemps à l'esprit des chirurgiens, en raison des dangers de la herniotomie appliquée à la hernie ombilicale. Moi-même, dans un mémoire adressé au Conseil de santé en 1853, j'ai proposé, à l'occasion d'une observation de hernie ombilicale ancienne, étranglée et opérée avec succès par M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, j'ai proposé, dis-je, des modifications au procédé de débridement en dehors du sac. Ces modifications n'ont probablement qu'une valeur théorique, si j'en juge par les difficultés insurmontables que M. Desprès, après bien d'autres, a rencontrées pour lever l'étranglement sans toucher au sac. Celui-ci a dû être largement incisé. Par conséquent, le malade de notre collègue a subi une opération aussi dangereuse que tous les autres qui sont morts. C'est un succès et un beau succès à opposer à beaucoup de revers à propos d'une seule et même opération. Quant à la gravité excep-

tionnelle de la herniotomie ombilicale, elle me paraît résulter de la communication large et directe du sac herniaire avec la cavité péritonéale.

M. Verneuil. Il importe de distinguer les grandes et les petites hernies ombilicales. Je suis opposé à toute intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale, au taxis comme à la kélotomie. Si l'expectation donne 25 0/0 de mortalité, une pratique active en donne 98 0/0. Les hernies qui ne dépassent pas le volume d'une mandarine s'étranglent très-rarement; quant à celles qui sont plus grosses, il ne faut pas y toucher. La kélotomie, dans les cas de hernie ombilicale, est donc réduite à peu de chose, si ce n'est à zéro. L'observation de M. Desprès n'est pas de nature à modifier mes convictions. Si l'étranglement n'était produit ni par l'anneau, ni par le collet du sac, on se demande à quoi a pu remédier la kélotomie. Des hernies ombilicales paraissant étranglées n'ont présenté parfois à l'autopsie aucune trace d'étranglement. Une femme, entrée dans mon service avec une hernie ombilicale du volume d'une pomme d'api, offrait des phénomènes d'étranglement très-marqués. Les internes me pressaient d'intervenir; mais la tumeur étant peu tendue, je me refusai à l'opération. La malade mourut : il n'y avait que de l'épiploon dans le sac; mais dans le ventre, il existait une anse d'intestin offrant un rétrécissement très-marqué, au-dessus duquel se trouvait une sorte de cul-de-sac correspondant à l'ouverture herniaire. Si l'on avait pratiqué une opération, elle eût été parfaitement inutile.

Jamais je ne me suis trouvé en face d'une indication bien nette d'opérer. Quant à la méthode qui consiste à débrider en dehors du sac, et qui est celle de J.-L. Petit, elle n'est point applicable à la hernie ombilicale, à cause des adhérences presque constantes du sac au pourtour de l'anneau.

M. Tillaux. Les préceptes de M. Verneuil me paraissent trop absolus : il est des cas de hernie ombilicale volumineuse où l'on est obligé d'intervenir. Un médecin de Villejuif, porteur d'une hernie ombilicale, fut pris d'accidents d'étranglement étant dans mon cabinet : il se roulait par terre et ne cessait de vomir. Ayant tenté inutilement le taxis, je fis appeler M. Maisonneuve, qui fut plus heureux ; les accidents cessèrent immédiatement, et le malade put regagner à pied sa demeure. Dans ces cas, tout ne se réduit point, mais seulement la portion sortie en dernier lieu ; l'épiploon reste au dehors.

M. Desprès. Je suis entièrement de l'avis de M. Tillaux. Il y a des hernies ombilicales étranglées que l'on réduit par le taxis et

j'en ai réduit une l'année dernière. On réduit, dans les grosses hernies ombilicales étranglées, ce que l'on réduit dans les grosses hernies inguinales, une anse intestinale nouvellement engagée dans la hernie et qui s'y est étranglée.

Plusieurs de nos collègues me disent que je n'avais point affaire à une hernie étranglée, parce que je n'ai rien débridé. Je réponds que je n'ai pas débridé l'anneau ombilical, cela est vrai, mais que, en incisant jusqu'à la ligne blanche, j'ai incisé des brides extérieures au sac, qui, d'après quelques auteurs, Malgaigne entre autres, sont la cause de l'étranglement. Mettre en question l'étranglement et dire que la hernie était enflammée ne me paraît pas conforme aux préceptes des vieux maîtres. J'ai conservé, pour ma part, cet enseignement que quand, depuis le moment où une hernie est devenue douloureuse, des vomissements, bilieux d'abord, puis stercoraux, apparaissent, quand il n'y a pas de selles, pas de gaz rendus par l'anus et quand la réduction de l'intestin dans le ventre, après la kélotomie, fait cesser immédiatement les accidents, il y a eu étranglement herniaire. Oui, il y a inflammation herniaire dans la hernie ombilicale étranglée, mais il y a aussi et surtout étranglement. La hernie ombilicale est toujours étranglée par inflammation. Ici la théorie de Malgaigne me paraît entièrement vraie; et ce qui semble le prouver, c'est que dans la hernie ombilicale l'étranglement apparaît rarement à la suite d'un effort : c'est dans le lit, pendant une maladie inflammatoire, bronchite, embarras gastrique, etc., que l'étranglement débute, sans que les malades aient la conscience d'un effort quelconque.

M. Verneuil nous dit que la hernie ombilicale est rarement étranglée, parce qu'à l'autopsie de malades morts sans avoir été opérés, on a trouvé que l'intestin n'était pas étranglé. J'ai constaté le fait pour d'autres hernies. Mais, de ce que l'intestin rentre facilement dans l'abdomen sur le cadavre, cela ne prouve pas qu'il n'y avait point étranglement sur le vivant. Les intestins, sur le mort, diminuent de volume et ils rentrent dans l'abdomen par le fait naturel de la mort des tissus et de leur retrait.

Enfin, je répéterai que la plaie a suppuré, que ce n'est pas la réunion par première intention seule, qui d'ailleurs a échoué en partie, qui est la cause de la guérison. C'est, suivant moi, l'absence de plaie faite à l'anneau ombilical qui a mis à l'abri des accidents.

J'ai dit *la méthode anglaise* en parlant de la kélotomie sans ouverture du sac, quoique je susse, comme nous tous, que c'est la méthode de J.-L. Petit. Mais cette manière d'opérer est celle dont les Anglais ont fait choix.

M. Paulet proteste contre cette assertion que la lésion du péritoine en dedans de l'anneau herniaire constitue seule le danger dans la kélotomie.

M. Desprès. — M. Giraldès persiste à croire qu'il n'y avait pas étranglement ; je répète que depuis 40 heures il y avait une hernie douloureuse, irréductible avec vomissements fécaloïdes, absence totale de selles et que l'opération et la réduction de l'intestin ont arrêté net les accidents; que l'intestin violacé portait un sillon caractéristique, comme tous les intestins étranglés. Ce sera, si M. Giraldès le veut, une inflammation suivie de phénomènes d'étranglement.

M. Paulet me permettra de lui répondre ce seul mot : la blessure du péritoine abdominal au niveau de l'anneau ombilical sectionné doit être considérée comme une condition d'insuccès, puisque dans les autopsies des malades sur lesquels on avait pratiqué le débridement sur l'anneau, on a trouvé toujours la plaie du débridement béante, et qu'on voyait partir de ce point la péritonite qui avait emporté les malades.

Présentation de malades :

M. Tillaux présente une malade à laquelle il a fracturé le col du fémur pour remédier à une ankylose avec position vicieuse de l'articulation coxo-fémorale.

Ankylose coxo-fémorale gauche dans une position vicieuse. — Redressement brusque. — Fracture du col du fémur. — Consolidation et redressement complet.

Messieurs, les redressements des membres déviés sont actuellement à l'ordre du jour. Je désire vous signaler un fait de ce genre ; vous pourrez vous assurer sur la malade, qui a bien voulu venir devant la Société, que le résultat a été aussi complet que possible. Le dessin que je vous soumets représente très-exactement l'état du membre inférieur gauche avant l'opération.

Madame X..., âgée aujourd'hui de 28 ans, accoucha pour la première fois le 2 novembre 1872. Les couches furent normales; mais 15 jours après, la femme fut atteinte d'une arthrite aiguë coxo-fémorale.

Elle ne put supporter un appareil inamovible que lui appliqua notre collègue M. de Saint-Germain et resta couchée une année entière. La malade avait pris dans son lit l'attitude habituelle aux coxalgiques de la 3e période, c'est-à-dire que la cuisse gauche était dans la flexion, l'aduction et la rotation en dedans. Elle guérit de son arthrite, mais avec ankylose et dans la position que je viens de décrire.

Il en résulta une attitude extrêmement vicieuse : les deux cuisses croisées ne pouvaient pas s'écarter l'une de l'autre même de 1 milli-

mètre, le talon ne pouvait toucher le sol que grâce à un mouvement de cambrure très-accusé, bref, la marche était presque impossible, déterminait une grande gêne et souvent de la douleur.

Sur ces entrefaites, Madame X... redevint enceinte et accoucha le 3 août 1874. Il me paraît intéressant de faire remarquer à la Société que, malgré l'ankylose coxo-fémorale et l'attitude vicieuse dont j'ai parlé, l'accouchement se fit avec la plus grande facilité.

Notre collègue M. Voillemier m'adressa la malade le 13 octobre 1874, dans mon service à l'hôpital Lariboisière. Je ne voulus rien tenter avant la réapparition des règles, qui eut lieu vers la fin de décembre.

Je pratiquai l'opération le 13 janvier dernier. La malade étant profondément endormie, je tentai d'abord de repousser le genou de droite à gauche, étant placé moi-même à droite de la malade: je n'obtenais rien. Je me plaçai alors à gauche de la malade et, saisissant la cuisse à deux mains, je l'attirai vers moi pendant que le bassin était bien fixé. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre. Il se produisit un craquement intense, sec, sonore, tel qu'en produisent les os longs quand on les fracture à l'amphithéâtre.

Il n'y eut doute ni pour l'assistance, ni pour moi : j'avais obtenu le résultat cherché, annoncé d'avance, la fracture du col du fémur, ce que l'examen direct nous démontra, d'ailleurs, d'une façon évidente. Le redressement fut immédiat et complet.

Le membre inférieur fut de suite immobilisée dans un appareil ouaté silicaté et maintenu dans une légère abduction.

Aucun accident ne survint; la malade fut, au contraire, immédiatement débarrassée des petites douleurs incessantes qu'elle ressentait.

L'appareil fut enlevé deux mois après, le 13 mars, comme s'il se fût agi d'une fracture ordinaire du col du fémur. La consolidation était complète : la malade put se lever et marcher aisément avec des béquilles; elle revient actuellement de l'asile de convalescence du Vésinet.

Le résultat est tellement parfait que vous aurez peine, messieurs, à distinguer le côté qui a été dévié; il reste toujours de l'ankylose coxo-fémorale, mais la malade marche sans fatigue, monte et descend de nombreux étages, et les jambes s'écartent aisément l'une de l'autre.

Un des bons moyens, d'ailleurs, de savoir si le résultat d'une opération est satisfaisant, c'est de demander l'avis du malade lui-même, qui ne juge pas toujours au même point de vue que le chirurgien; c'est pour cela que j'ai prié cette malade de venir se soumettre à votre examen.

J'ajouterai que le redressement brusque par traction que j'ai employé me paraît infiniment préférable, malgré son apparente brutalité, à toute espèce de section osseuse sous-cutanée, telle qu'en pratique en particulier Billroth.

Discussion.

M. Dubrueil fait remarquer que, dans la coxalgie, le même résultat s'obtient parfois par la rupture d'une ankylose fibreuse. En cas

de fracture du col. Il vaudrait mieux créer une fausse articulation, pour remplacer celle qui est ankylosée.

M. Desprès rappelle que Nélaton et Desprès père ont intentionnellement cassé le col du fémur.

M. Tillaux désire simplement ajouter un fait à ceux qui étaient déjà connus. Quant à produire une pseudarthrose, il n'a pas voulu le tenter en présence du bon résultat obtenu, qui aurait pu être compromis par cette tentative.

M. Marjolin. La fracture chirurgicale du col du fémur est certainement préférable aux sections avec les gouges ou la scie.

M. Perrin. J'ai examiné la malade de M. Tillaux autant que les circonstances le permettent. Je l'ai fait marcher et j'ai vu, ce n'est pas douteux, que la hanche n'est pas ankylosée ; il y a là du mouvement et même un mouvement assez étendu pour que la marche ne diffère pas, sauf un peu de claudication, de la marche normale.

Du moment qu'il y a des mouvements, on ne peut en tirer que l'une de ces deux conclusions, aussi rigoureuses que les termes d'un dilemme : ou bien le mouvement s'opère dans l'articulation coxo-fémorale ; alors le fémur n'a pas été rompu et l'opération a consisté dans la rupture d'une fausse ankylose ; ou bien le mouvement s'opère en dehors et au-dessous de l'articulation, et alors le fémur a bien été rompu, mais la fracture a abouti, malgré le traitement et le désir du chirurgien, à une fausse articulation, dont la malade ne saurait se plaindre. Je ne saurais dire laquelle des deux opinions est la vraie. Il faudrait, pour se prononcer, des éléments de diagnostic qui nous font nécessairement défaut.

M. Forget. Comme rien n'a été fait pour produire une pseudarthrose, les mouvements qu'on constate aujourd'hui ont dû exister avant l'opération. D'ailleurs, le temps écoulé depuis le début de la coxalgie est trop court pour qu'il y eût soudure osseuse.

M. Sée, dans les nombreuses occasions qu'il a, à l'hôpital Sainte-Eugénie, de pratiquer le redressement du membre inférieur, a constaté bien souvent des craquements violents qui pouvaient faire croire à une rupture du col du fémur, quand il n'y avait, en réalité, qu'une déchirure de tractus fibreux très-solides. Il serait possible qu'il n'y eût pas autre chose dans le fait de M. Tillaux. D'une part, la maladie ne remontant qu'à deux ans, il est peu probable qu'elle eût donné lieu à une ankylose osseuse ; d'autre part, on ne comprendrait pas, dans l'hypothèse de M. Til-

laux, le retour des mouvements dans l'articulation normale, non plus que la production d'une pseudartrhose, puisque le traitement a consisté dans l'immobilisation complète des fragments.

M. Giraldès a constaté également de la mobilité au niveau de la hanche, mais il ne sait si elle a pour siége l'articulation naturelle ou une fausse articulation.

Pour déterminer exactement ce siége, il faudrait chloroformer la malade et l'examiner attentivement. M. Tillaux ayant fait cet examen dans ces conditions, son témoignage doit inspirer confiance.

M. Tillaux ne conserve aucun doute sur la fracture du col; l'ankylose était complète, ce qui ne veut pas dire qu'elle fût osseuse. Si la mobilité du membre est revenue, M. Tillaux en est enchanté, soit qu'elle soit due à une pseudarthrose, soit qu'elle siége dans l'articulation naturelle. Mais cette mobilité est si peu étendue que la malade ne peut s'asseoir que sur le bord d'une chaise et en tenant sa jambe allongée.

M. Depaul. Les craintes qu'avait conçues M. Tillaux relativement à la possibilité de l'acte génital et de l'accouchement n'avaient point de motifs. Le coït, dans ces cas, a lieu *a posteriori*, et l'accouchement se fait très-bien à *l'anglaise*, la malade étant couchée sur le côté gauche. Quant à la conformation du bassin, on sait qu'elle n'est point influencée par les ankyloses coxo-fémorales, qui produisent plutôt un agrandissement des diamètres.

Présentation de pièces.

M. Depaul présente à la Société les pièces provenant de l'autopsie de la femme morte à la suite d'une grossesse extra-utérine, dont il a été question dans une des dernières séances.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

Séance du 28 avril.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les pnblications périodiques de la semaine parues en France et à l'étranger.

M. le Dr A. Constant, médecin aide-major de première classe, adresse une observation manuscrite intitulée : *Fracture du rocher. Rejet de pulpe cérébrale par l'oreille droite. Guérison rapide.* (commissaires : MM. Boinet, Marjolin et Paulet).

M. Larrey offre, de la part de M. Ciniselli, membre correspondant à Crémone, un mémoire imprimé *sur les applications thérapeutiques de l'électrolyse.*

M. Verneuil dépose sur le bureau les ouvrages suivants : 1° *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum,* par M. Alfred Fournier; 2° *Conférences de clinique chirurgicale,* professées à Bahia par le Dr Domingos Carlos de Silva ; 3° *Contribution à l'étude de l'écrasement linéaire dans quelques cas d'amputation,* par le Dr A. Gourgeaux.

M. Paulet présente, de la part du Dr Brousson, de Nîmes, une observation qu'on peut intituler : *Tumeur abdominale, ouverture, extraction de nombreux calculs biliaires. Guérison.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Nicaise donne lecture, au nom de M. Guérin, de la note suivante :

Dans mon livre de médecine opératoire, j'ai indiqué très-succinctement le mode opératoire que j'avais suivi en pratiquant la kélotomie pour une hernie ombilicale étranglée, sans ouvrir le sac. Je crois qu'il est utile d'y apporter une modification. Cette croyance repose sur la facilité de l'exécution de l'opération par le procédé que j'indique dans l'observation suivante :

Obs. — Le 13 février 1875, j'étais appelé près d'un vieillard, âgé de 79 ans, qui était affecté d'une hernie ombilicale étranglée.

Cette hernie, qui remontait à plusieurs années, avait toujours été mal contenue, avec des bandages presque toujours insuffisants.

Lorsque je vis M. V... il vomissait depuis deux jours; son pouls était petit et battait 100 fois par minute; sa peau était froide à la face et aux extrémités ; des tentatives de taxis pratiquées à diverses reprises étaient restées sans effet.

La hernie, du volume du poing, était constituée par deux parties distinctes : l'une était très-sonore, l'autre donnait un son mat à la percussion. La première était manifestement formée par une anse intestinale, tandis que la seconde résultait de la présence d'une portion considérable de l'épiploon. La grosseur de cette hernie me donna l'espoir qu'une tentative de taxis, pratiquée pendant que le malade serait soumis à l'action du chloroforme, pourrait réussir; mais bientôt l'événement fit évanouir cette espérance.

Il était difficile de se prononcer sur la cause de l'irréductibilité de cette hernie, qui, bien évidemment, était déjà le siége d'une inflammation : la peau de la région était rouge, et par la palpation, on trouvait un peu d'empâtement ; mais comme elle était constituée par de l'épiploon et par une anse intestinale, il était possible que l'intestin ne fût pas adhérent au sac. N'y avait-il que de l'inflammation? N'y avait-il pas, en outre, un véritable étranglement? il était difficile de se prononcer à ce sujet. Ce que nous savions bien, c'est qu'il y avait dans cette tumeur un intestin qu'il était impossible de faire rentrer dans l'abdomen sans opération et nous ne pouvions nous dissimuler que nous assistions au commencement de cet état que l'on a, dans ces derniers temps, qualifié de choléra herniaire.

Mon confrère, M. Sergent, ayant précédemment tenté tous les moyens employés en pareil cas, nous pratiquâmes l'opération séance tenante, et comme, en 1869, j'avais déjà fait la kélotomie ombilicale sans ouvrir le sac, je me décidai à recourir encore à ce mode opératoire.

Dans ma première opération, j'avais cru pouvoir me contenter d'une simple incision longitudinale; mais j'avais rencontré des difficultés sérieuses, provenant de la couche adipeuse à travers laquelle il faut arriver sur le pédicule de la tumeur. Les aides écartèrent avec peine les lèvres de l'incision, que je n'osais pas agrandir par en bas, dans la crainte d'ouvrir le sac, séparé de la peau par une couche très-mince de tissu cellulaire, qui, en ce point, était complétement dépourvu de graisse.

Chez M. V..., je constatais une disposition semblable ; je résolus, en conséquence, de faire une incision en L, de manière à avoir ainsi un lambeau qu'il serait facile d'écarter. La branche verticale de l'L fut pratiquée sur la ligne médiane, l'incision horizontale un peu au-dessous de la naissance du pédicule de la hernie, c'est-à-dire un peu au-dessus de l'anneau herniaire. J'arrivai ainsi très-facilement sur l'aponévrose du grand oblique. Ayant appris par expérience que l'on ne peut pas inciser de dedans en dehors l'anneau fibreux par lequel passent les hernies ombilicales, parce que le tissu cellulaire voisin, acquérant une consistance aponévrotique, constitue une lamelle résistante qui se continue sans ligne de démarcation avec l'anneau herniaire, j'incisai la ligne médiane de dehors en dedans, en procédant lentement, avec

la plus grande précaution. J'arrivai ainsi très-facilement au-dessus et en dedans de l'orifice par lequel l'intestin était sorti et de la cavité abdominale. Prenant, enfin, avec une pince les faisceaux qui constituaient cet orifice et les soulevant, je les incisai : le sac m'apparut alors comme une poche très-régulière, à parois épaisses, constituée par le péritoine épaissi.

En pressant le fond de la hernie, je fis rentrer sans peine une anse intestinale. Cette réduction s'accompagna du glou-glou ordinaire. Je tentai ensuite de réduire l'épiploon ; mais ayant échoué, je crus ne pas devoir insister.

Pour arriver à ce résultat, j'avais fait, à la vérité, une incision composée ; mais ses deux branches n'avaient pas, la verticale, plus de 4 centimètres, l'horizontale, plus de 3.

Ayant enveloppé le ventre du malade d'une grande bande d'ouate maintenue par un bandage de corps, nous prescrivîmes de l'opium et un peu de rhum. Les vomissements furent remplacés par un hoquet fréquent et très-pénible ; mais bientôt le malade se réchauffa.

Le lendemain, le malade, qui, la veille, avait la face grippée, paraissait calme et confiant ; le pouls avait la même fréquence, mais il était moins dépressible, la langue restait sèche et le hoquet persistait, la douleur du ventre avait beaucoup diminué (glace, bouillon, opium et potion alcoolisée).

Au bout de quarante-huit heures, nous enlevâmes le pansement et nous reconnûmes que la plaie avait une belle apparence et que l'anse intestinale était restée réduite.

Le septième jour, il y avait dans ce qui restait de la hernie une fluctuation très-manifeste avec empâtement. Craignant, malgré l'apaisement des autres symptômes, que l'inflammation de l'épiploon ne fût terminée par suppuration, je fis une ponction avec le bistouri, et aussitôt il s'écoula un flot de sérosité d'une couleur citrine, un peu foncée. Le pansement ayant été replacé, il n'y eut ni douleur, ni fièvre. Le hoquet avait cessé, il ne se reproduisit pas.

Le malade commença à manger et, au bout de trois semaines, sa guérison était complète.

J'ai voulu appeler l'attention de la Société sur la difficulté que l'on éprouve lorsque l'on cherche à inciser l'anneau de dedans en dehors. Depuis un grand nombre d'années, j'opère la hernie crurale sans ouvrir le sac, toutes les fois que l'étranglement est récent. Pour cette hernie, on peut assez facilement passer l'instrument entre le sac et l'anneau crural, quand la constriction n'est pas extrême ; mais dans quelques cas, j'ai pourtant été forcé d'inciser l'anneau de dehors en dedans. Pour la hernie ombilicale, cette dernière pratique doit être la règle. Je crois aussi qu'il est presque indispensable de faire deux incisions tombant l'une sur l'autre pour inciser facilement la ligne blanche, quand, la hernie étant volumineuse, on ne peut pas l'abaisser suffisamment pour dégager

son pédicule et pour inciser jusqu'à l'anneau herniaire sans crainte d'inciser le sac.

M. Desprès. Cette observation, rapportée d'après des souvenirs, laisse des doutes dans mon esprit. On y regrette l'absence de détails importants relatifs au volume de la tumeur et aux phénomènes de l'étranglement.

M. Perrin communique l'observation de hernie ombilicale étranglée à laquelle il a fait allusion dans la dernière séance.

Obs.— P... (Jean), né en 1785, d'une constitution vigoureuse, gendarme, tomba à la renverse en sautant un mur, et à la suite de l'effort qu'il fit pour conserver l'équilibre, il sentit un craquement dans la région ombilicale et y vit apparaître une tumeur du volume d'uno noix et de forme ovoïde. P... avait alors 48 ans et était chargé d'obésité. L'accident n'eut pour lui aucune suite fâcheuse immédiate. Un médecin fut appelé, constata une hernie ombilicale, la réduisit et prescrivit au malade une simple ceinturo destinée à la maintenir réduite. P... reprit son service; mais comme cette ceinture provoquait chez lui une compression abdominale gênante, il en négligea bientôt l'emploi; la hernie, habituellement sortie, n'était réduite qu'au moment des repas, car alors elle occasionnait quelques troubles dans la digestion. Cet état, constituant à peine une légère infirmité, se perpétua pendant vingt ans, sans aucun autre accident que l'augmentation progressive du volume de la tumeur, qui avait acquis la grosseur du poing.

Toutefois, le 22 février 1853, P..., ayant négligé comme d'habitude d'appliquer sa ceinture, essaya, après un repas copieux, de réduire sa hernie, mais il ne put y parvenir. Après une heure d'essais infructueux, la tumeur devint le siége d'une douleur insolite, il survint des vomissements et c'est dans cet état qu'il fut apporté à l'infirmerie des Invalides.

La tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus à terme, est ovoïde et obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors; sur son côté droit, on voit la cicatrice ombilicale à demi déplissée. Elle est douloureuse, résistante et sonore, les vomissements continuent, la face est grippée, le pouls est dur, petit, très-fréquent (126 puls.); la peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse. On essaye par tous les moyens rationnels de réduire la hernie. Le taxis prolongé et fait avec ménagement, la position, les applications de glace, d'éther, d'extrait de belladone, des lavements purgatifs, tout est rapidement épuisé sans aucun succès. M. Hutin se décide à l'opération le 24 au matin.

La tumeur est incisée dans toute son étendue. On arrive rapidement sur un sac herniaire bien distinct et sans adhérences. Après l'incision du sac, un peloton d'épiploon d'abord, puis une anse intestinale tordue à son pédicule plus profondément se présentent au bistouri. L'intestin est vivement congestionné, d'une teinte rouge vineuse, mais nulle traco de gangrène.

Le collet du sac est reconnu : il est dur et résistant. A l'aide d'un

Clichy. Imp. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (4-5,462.) *Le Gérant:* Masson.

bistouri boutonné conduit à plat sur le pulpe de l'index gauche, M. Hutin pratique, à travers le collet, trois incisions profondes, d'un millimètre et demi, dans différentes directions. Grâce à ce débridement multiple, l'épiploon et l'intestin sont facilement réduits. Le collet restait à nu. M. Hutin l'excise dans son pourtour, de façon à transformer cette ouverture en une plaie simple, dont il affronte les bords et qu'il réunit par trois points de suture entortillée. On panse à plat et on fait de larges applications de glace.

Les accidents cessent immédiatement et le malade peut prendre un peu de repos pendant la nuit. Le lendemain, le pouls a son rhythme normal; il survient spontanément une garde-robe. La glace est maintenue pendant 5 jours. Au bout de 8 jours, on enlève les points de suture; la plaie est incomplétement cicatrisée et il reste au centre un trajet fistuleux profond, à bords anfractueux et engorgés. L'état général est très-satisfaisant.

Trois abcès phlegmoneux surviennent successivement au pourtour de l'ombilic et sont suivis de décollements assez considérables. Des topiques émollients, des injections et un peu de compression eurent facilement raison de ces accidents.

Mais vers la fin de mai, un vent de scorbut s'étant élevé sur les salles, notre malade en ressentit les effets: les fonctions digestives s'alanguirent; il survint de la tuméfaction aux gencives, de l'œdème aux jambes et une éruption scorbutique. La cicatrisation s'arrêta et la plaie devint le siége d'une induration envahissant un espace de près d'un décimètre carré. M. Hutin eut recours alors à une médication dont il retire toujours de bons effets, chez les vieillards, en pareil cas. Il fit recouvrir l'abdomen et les jambes de goudron rendu plus liquide par l'addition d'un tiers d'huile d'olive, et prescrivit des gargarismes antiscorbutiques, des tisanes amères, un régime tonique. La cicatrisation reprit son cours et, le 19 juillet, le malade sortit, entièrement guéri des suites de l'opération, mais non de la hernie. Car la tumeur s'est reproduite, offrant environ le volume d'un œuf; elle siége à gauche de la cicatrice ombilicale. Sa forme est conique ; quand on la réduit, on constate très-facilement une perte de substance circulaire d'un diamètre égal à celui d'une pièce de deux francs et dont la circonférence est épaisse et rugueuse.

M. Desprès fait des réserves sur le point où a porté le débridement.

2° M. Boinet. — J'ai eu trois fois l'occasion d'observer des hernies ombilicales étranglées, traitées par la herniotomie. La première fois, c'était sur un cocher placé dans le service de Sanson : la tumeur, du volume d'une tête de fœtus, était formée par l'épiploon et une anse d'intestin; l'opération fut suivie de mort. Il y a trois ou quatre ans, je vis, avec le Dr Firmin, une femme atteinte d'une hernie ombilicale très-volumineuse, dont l'étranglement était extrêment prononcé. Je fis sur la ligne médiane, au-dessous de l'an-

neau, une incision de 7 à 8 centimètres, dans l'idée d'y porter les doigts et d'attirer l'intestin de dehors en dedans, en laissant dans la poche l'épiploon adhérent. Cette manœuvre ne réussit point et je fus obligé de fendre la tumeur: je trouvai l'épiploon de couleur vineuse, recouvrant une anse intestinale gangrenée. La malade succomba. Pendant le siége, je fus appelé auprès d'une femme qui portait une hernie ombilicale réductible, que la malade faisait d'ordinaire rentrer elle-même dans le ventre. L'étranglement s'était produit à la suite d'un effort. J'eus recours au même procédé opératoire que chez la femme dont je viens de parler, et cette fois l'opération eut un succès complet, bien que les circonstances ne me permissent point de suivre la malade comme en temps ordinaire.

Une malade, sur laquelle je pratiquai l'ovariotomie, portait une hernie ombilicale volumineuse, que je fus obligé de diviser complétement; l'anneau fut incisé tout entier, puis je pratiquai la suture comme à l'ordinaire, et la guérison eut lieu. Ce fait prouve que ce n'est pas la lésion du péritoine qui détermine les accidents de l'opération.

Je crois, comme M. Verneuil, qu'il y a une distinction importante à établir, dans les hernies ombilicales, entre celles qui sont réductibles et celles qui ne le sont pas. Quand les premières s'étranglent, on n'a pas à redouter les accidents de la suppuration qui se produisent dans les cas d'adhérences. Or, dans les grosses hernies, il existe toujours des adhérences de l'épiploon, qui rendent l'opération plus dangereuse et les guérisons rares.

3° M. Marjolin. — On ne saurait confondre, au point de vue du redressement, les cas de déviation du membre inférieur qui sont consécutifs à l'accouchement avec ceux qui résultent d'une coxalgie. Dans ces derniers, il existe des altérations du squelette et des lésions des parties molles qui rendent l'opération plus grave, en raison de l'exacerbation des symptômes inflammatoires qu'elle peut provoquer. Le redressement doit donc être pratiqué avec une grande circonspection.

Déclaration de vacance.

M. le président annonce la vacance d'une place de membre titulaire.

Présentation de malades.

M. Després présente un jeune homme atteint, selon lui, d'une *luxation médio-carpienne*. L'observation de ce cas intéressant sera publiée très-prochainement.

Discussion.

M. Tillaux.— Je voudrais que M. Desprès fasse mouler le poignet de son malade, afin qu'on pût comparer ce moule à celui que je possède provenant d'un malade atteint, je crois, d'une lésion identique. Or, j'ai la certitude, après avoir réduit et reproduit plusieurs fois la lésion avant de la réduire définitivement, qu'il s'agissait d'une luxation carpo-métacarpienne. Cette lésion n'a point été signalée, si ce n'est à l'occasion d'une pièce provenant du service de M. Gosselin et présentée à la Société anatomique par M. Vigouroux[1] dans les termes suivants :

Luxation ancienne des 4 derniers métacarpiens de la main gauche, produite par l'explosion d'une arme à feu.

L..., 62 ans, est mort vers la fin de janvier, à l'hôpital Cochin, d'une affection des voies urinaires. On avait remarqué de son vivant une déformation considérable de la région métacarpienne gauche et en outre l'absence de l'index de cette main. Le diagnostic avait été : luxations des 4 derniers métacarpiens. L'origine de cette déformation avait été, d'après les renseignements donnés par le malade, l'explosion d'un pistolet dans cette main, à l'âge de 18 ans.

A l'autopsie on trouva :

1° Une luxation complète, en arrière, des 4 derniers métracarpiens.

2° En même temps que l'extrémité supérieure des métacarpiens est portée en arrière, leur extrémité inférieure est portée en avant ; il résulte du mouvement de bascule une luxation incomplète, en arrière, des premières phalanges des 3 derniers doigts (l'index manquant).

3° Une soudure du deuxième métacarpien, privé de son tiers inférieur, avec le troisième.

Les articulations radio-carpienne, médio-carpienne et trapézo-métacarpienne sont parfaitement normales et jouissent de tous leurs mouvements. Les premières phalanges des 3 derniers doigts sont dans l'extension; la flexion est impossible, à cause de la saillie des têtes des métacarpiens.

La même année (janvier), Foucher présentait les pièces d'un individu qui portait une luxation du premier et du deuxième métacarpien en arrière, avec fracture du troisième, suite de l'éclat d'un fusil.

M. Desprès.— J'ai fait quelques recherches dans le but de savoir si des luxations médio-carpiennes avaient déjà été observées. Je n'ai rien découvert à cet égard dans les auteurs. M. Benjamin Anger, en cherchant à produire des luxations artificielles du poignet,

[1] *Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. I, 1856, février.

n'a pu déterminer que des luxations en arrière. On pourrait croire ici à une luxation radio-carpienne. Mais on s'assure facilement que quelques os sont restés dans la mortaise radio-cubitale.

M. Perrin partage l'avis de M. Tillaux : les deux rangées du carpe ont conservé leurs rapports normaux, et c'est l'articulation carpo-métacarpienne qui est le siége du déplacement.

M. Tillaux. — Les expériences auxquelles je me suis livré à l'amphithéâtre de Clamart m'ont montré qu'il est impossible de produire une luxation carpo-métacarpienne. Dans le cas de M. Desprès, la saillie palmaire est due aux têtes des métacarpiens. En opérant la réduction, on reconnaîtra que ces derniers se déplaceront en bloc.

M. Le Fort. — Il me semble que le mot certitude employé par M. Tillaux devrait être remplacé par le mot conviction. Notre collègue croit, dans le cas de M. Desprès, à une luxation identique à celle qu'il a observée à Lariboisière ; or, comme pour ma part je crois que le malade qu'on nous présente est atteint, non d'une luxation carpo-métacarpienne, mais d'une luxation médio-carpienne, M. Tillaux admettra, je pense, que là où il n'y a pas constatation matérielle, visible ou palpable d'une lésion, mais seulement interprétation sur la signification d'une difformité, on ne peut se dire certain de la nature exacte du fait soumis à l'observation.

MM. Tillaux, Paulet et Perrin sont chargés d'examiner le malade, ultérieurement d'assister à la réduction de la luxation, et de rendre compte à la Société des résultats de leurs observations.

Lecture.

M. Chauvel lit un travail sur l'*Anesthésie mixte* (par la morphine et le chloroforme).

(Commissaires : MM. Marjolin, Paulet et Perrin).

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Mémoires.

Des lésions vasculaires dans les fractures de jambe,

par le Dr Nepveu, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale à la Pitié.

Plusieurs faits recueillis dans le service de M. Verneuil m'ont offert l'occasion d'étudier les lésions vasculaires dans les fractures de jambe; ce sont eux qui m'ont suggéré l'idée de faire quelques recherches sur l'ensemble de la question [1].

Je passerai successivement en revue les lésions des vaisseaux considérées en elles-mêmes, puis tous les accidents qu'elles entraînent : hémorrhagies, anévrysmes faux, gangrène; et à propos de chacun d'eux les déductions que la pratique peut en tirer.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

DES LÉSIONS DES VAISSSEAUX EN GÉNÉRAL DANS LES FRACTURES DE JAMBE.

Les lésions des vaisseaux dans les fractures de jambe ne peuvent être la source d'études sérieuses et pratiques que lorsqu'elles ne s'accompagnent que de dégâts moyens des os ou des parties molles. Il faut donc rejeter de notre cadre tout ce qui a trait aux lésions vasculaires dans les écrasements, et ces énormes fracas produits par les armes de guerre. Même dans ces limites, elles sembleraient, au premier abord, devoir être assez fréquentes, mais le peu d'attention qu'on a prêté à ce genre de complications, l'absence d'autopsie dans la plupart des cas, expliquent suffisamment l'impossibilité d'arriver à des notions, même approximatives, sur le degré de leur fréquence.

Je n'ai pu recueillir dans la littérature médicale que 53 observations de ce genre. La plupart sont très-concises et ne donnent de détails que sur les accidents qui ont suivi la lésion artérielle;

[1] J.-L. Petit, *Traité des maladies des os*, 1873, t. II, p. 42. — Dupuytren, Mémoire présenté à l'Institut, 24 avril 1825. — *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 507, 1839. — Verneuil, Thèse de Lintilhac, 1859 : *Anévrysmes dans les fractures.* — Rapport sur l'observation d'Oré : *Union médicale*, 1855. — Observation : *Gazette des hôpitaux*, 1859. — Communications diverses à la Société anatomique, 1872, p. 277, 298, 499. — Gurlt, 1860, dans son *Traité des fractures*, a donné une courte esquisse des travaux faits avant cette époque.

quant à celle-ci, à peine mentionnée le plus souvent, elle n'est l'objet de quelque étude que dans un très-petit nombre de faits.

Les artères le plus fréquemment lésées sont les tibiales : la tibiale antérieure l'a été 23 fois (20 fois déchirée, 2 fois comprimée, 1 fois seulement l'objet d'une piqûre d'esquille); la postérieure 9 fois (7 fois déchirée et 2 fois comprimée); la péronière 3; l'artère nourricière ou ses branches 2 fois (Oré, Gooch); les deux tibiales en même temps 1 fois; les jumelles (Marcano); l'interosseuse (Long); le tronc tibio-péronier (Gueury); la tibiale postérieure et la péronière 1 fois.

Quant aux veines, il est probable qu'elles sont très-communément lésées ; à part la note de M. Azam (Académie de médecine, 1864), les auteurs ne nous ont rien transmis à ce sujet. Cependant le développement considérable des veines, la présence des varices aux membres inférieurs doivent rendre ces lésions très-fréquentes. C'est ce que montreront sans doute, à l'avenir, les dissections minutieuses et les injections.

Les troncs artériels peuvent être lésés en tous les points de leur parcours; s'il est permis d'induire du point où les os sont fracturés, le siége présumé de la lésion vasculaire, on remarque que sur 22 observations où des données précises sont exprimées, 11 fois la fracture a eu lieu au tiers inférieur, 8 fois au tiers supérieur, 3 fois au tiers moyen. Ces chiffres ne fournissent cependant que des données approximatives, car le chevauchement des fragments explique la perforation d'une artère à une distance plus ou moins éloignée de la fracture ; en outre, les artères peuvent se rompre à une assez grande distance du point où a lieu l'application de la violence (voir plus loin : Mécanisme).

Diverses *conditions anatomiques* doivent singulièrement favoriser l'action de la violence sur les artères, notamment leur direction parallèle aux os et les rapports étroits qu'elles affectent avec eux. La tibiale antérieure, par exemple, est, dans sa partie inférieure, en rapport direct avec le tibia.

Les *causes déterminantes* de la fracture se distinguent toutes par leur grande intensité. Sur nos 53 observations, 28 fois des *fractures directes* accompagnaient les lésions artérielles (6 cas de fracture par coup de feu, 12 d'écrasement par roue de voiture, 8 d'écrasements par corps pesants, grosse pierre (Hervey, Macfarlane), tronc d'arbre (Klose, etc.); 2 fractures par coup de pied de cheval); 7 fois la fracture était *indirecte :* chute d'une plus ou moins grande hauteur, 40 pieds, dans une observation.

L'*intensité de la violence* se révèle encore par d'autres détails : le plus souvent la fracture est compliquée de plaie — 34 fois sur 53 ;— les fragments sont multiples, très-obliques, la fracture

est esquilleuse, comminutive et enfin le déplacement, soit primitif, soit consécutif, est considérable — 9 à 12 centimètres de chevauchement dans un cas.

Si, d'une part, la violence est importante, d'autre part, la *résistance des artères* peut être moindre qu'à l'état normal. Les artères de la jambe sont, en effet, fréquemment athéromateuses ou calcaires. Mais cette transformation de leurs tuniques n'entraîne pas seulement une perte de résistance au choc direct pour l'artère blessée, mais encore une diminution d'élasticité des artères voisines qui doivent la suppléer (nous en verrons plus loin l'importance).

Le *mécanisme* de la lésion artérielle n'est pas toujours le même ; le plus souvent *la lésion est directe :* section, déchirure, piqûre par les os ou plaie par armes à feu; mais parfois il y a une rupture des vaisseaux loin du point d'application de la force : *la lésion est indirecte*. Dans le fait que j'ai eu l'occasion d'observer (voir observation III), le péroné, fracturé à 10 centimètres de sa tête, avait poussé en avant le nerf tibial, qui avait résisté, et l'artère tibiale antérieure, qui s'était rompue au niveau de son passage dans la partie supérieure du ligament interosseux; ce ligament lui avait servi de poulie de reflexion , le bout supérieur s'était rétracté dans le creux poplité, l'inférieur dans la jambe.

En général, il y a peu de renseignements dans les auteurs sur la *nature* de la lésion artérielle. L'artère présente parfois une déchirure complète (7 fois) ou incomplète et latérale (Hargrave), une espèce de fissure longitudinale (Earle), ou bien encore une rupture des deux membranes internes, l'externe seule n'étantt pas divisée (Farabeuf). Dans un cas, le bout de l'artère ramollie offrait 3 ou 4 ouvertures, effet secondaire et qui n'appartient pas en propre à la lésion; dans un autre, une esquille avait pénétré dans la gaîne de l'artère tibiale antérieure (Wutzer et O. Weber).

Obs. I. — M. Farabeuf[1] présente les pièces d'une fracture résultant d'un écrasement de la jambe c'était une fracture en V : Mort 7 jours après l'accident.

Rupture incomplète de la tibiale postérieure, qui est fournie par la péronière; la tibiale postérieure appuie sur la pointe du fragment en V. Les deux tuniques internes sont rompues, l'externe seule n'est pas divisée.

Obs. II. — *Fracture compliquée. — Tétanos. — Amputation. — Mort.* (Wutzer et Otto Weber, *Chir. Erfahr. und Untersuchungen*, 1859, page 100.)

Homme de 41 ans, fracture oblique de la jambe, compliquée de plaie contuse des téguments et de déchirure des muscles; une lourde voiture lui avait passé sur la jambe. Spasmes, trismus, opistothonos et gan-

[1] *Société anatomique*, 1866, page 6.

grène de la plaie. Amputation de la jambe le 13e jour; mort le jour suivant. A l'autopsie, on trouva une esquille qui avait pénétré dans la gaîne de la tibiale *antérieure* et dans le nerf péronier; névrite étendue; fracture esquilleuse du tibia.

Le signe propre à la rupture artérielle prise en elle-même, c'est l'absence de pouls dans le bout périphérique de l'artère ou sa continuation , la pédieuse, par exemple, pour la tibiale antérieure. Ce signe si simple, si important, qui ne peut être observé que pour les tibiales et qu'on ne peut constater dans les lésions de la péronière, est à peine mentionné dans 4 ou 5 observations au plus. Pour qu'on puisse fonder sur cette absence quelque jugement certain, il faut que la fracture soit complétement réduite, que l'on soit sûr de n'avoir pas affaire à une anomalie artérielle; la pédieuse, en effet, manque parfois ou est très-faible, mais généralement, cette sorte d'anomalie est double.

La valeur réelle de l'absence du pouls dans les fractures de jambe n'est pas encore complétement établie. On pouvait voir, il y a une ou deux semaines environ, dans le service de M. Verneuil, une fracture simple de jambe qui se trouvait parfaitement réduite; 24 heures après l'accident, on ne trouvait pas de pouls à la pédieuse; 6 jours après, lorsqu'on leva le premier appareil, les battements étaient devenus très-nets.

L'abaissement de la température locale, l'obtusion de la sensibilité doivent être notés avec la plus grande attention, surtout dans le territoire vasculaire desservi par l'artère lésée. La rupture artérielle, sans autre signe que l'absence du pouls, doit se montrer parfois ; on n'en trouve cependant pas d'exemple dans les auteurs ; le plus souvent, en effet, la lésion vasculaire se traduit par des accidents d'une gravité variable, ce sont : les hémorrhagies, l'infiltration, les collections sanguines, les anévrysmes et les gangrènes.

Le *diagnostic* de la lésion artérielle se tire à la fois de l'ensemble de ces signes : l'absence de pouls dans le bout périphérique de l'artère lésée, avec ou sans l'un des accidents que nous venons de signaler. L'existence d'anomalies artérielles pourrait singulièrement contribuer à l'obscurcir, si, en règle générale, on ne savait que ces anomalies existent des deux côtés.

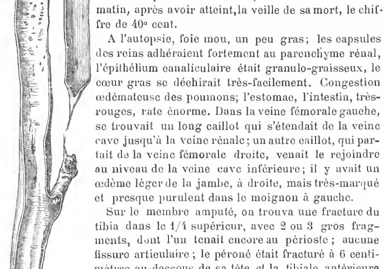
Le *pronostic* est difficile à établir jusqu'à ce que la question de fréquence soit tranchée. Ce qui attire, en effet, l'attention, ce sont les accidents qui accompagnent la lésion vasculaire; aussi doit-elle passer inaperçue dans certains cas lorsqu'elle est isolée. Quoi qu'il en soit, le pronostic est très-variable et se rapporte à des conditions complexes : tantôt il n'y a qu'*une* seule artère lésée, tantôt il y en a *deux ;* ce dernier cas ne s'est présenté qu'une seule

fois (Kern) : le blessé, dont la fracture était compliquée, périt le 7e jour d'une suppuration générale du foyer et du canal médullaire. Dans un cas semblable, on aurait quelque raison de redouter la gangrène. Enfin, un autre élément qui doit entrer dans le pronostic, c'est l'*athéromasie* plus ou moins étendue des artères. L'examen du pouls radial, l'âge, les habitudes alcooliques du blessé peuvent mettre le médecin à même de se rendre compte de cet état. Son importance est grande, car l'élasticité artérielle est détruite par la dégénérescence graisseuse des tuniques et par là même ce qui reste de la circulation de la jambe ne pourra suppléer à ce qui a été déjà annulé. La présence d'une hémorrhagie primitive, la possibilité d'hémorrhagies secondaires et de tous les accidents que nous venons de signaler, devra singulièrement influencer le pronostic. La rupture simple d'une artère, même sans aucune des complications qui la suivent ordinairement, hémorrhagies, anévrysmes faux, etc., peut acquérir une réelle importance dans les fractures compliquées de jambe. Cette lésion doit peser certainement dans la balance, lorsque le chirurgien cherche à déterminer les indications de son intervention. En voici un exemple bien précis :

Obs. III. — *Fracture compliquée.— Rupture de la tibiale antérieure. — Amputation de cuisse. — Mort* (Personnelle). — Sauton, charretier, 59 ans, entré salle Saint-Louis, n° 54 (Hôp. de la Pitié), le 16 octobre. Il était pris de vin lorsqu'une des roues de la voiture qu'il conduisait lui passa sur la jambe. M. Verneuil constate une fracture compliquée des deux os de la jambe; la plaie avait environ 8 centimètres, les bords étaient décollés, violacés, très-contus. La fracture présentait un grand éclat. A cette hauteur, on devait craindre une fissure articulaire; de plus, absence de battements au niveau de la pédieuse : il y avait certainement une rupture de la tibiale antérieure. Lorsque la fracture est sous-cutanée avec une semblable rupture, il y a peu de danger, mais dans les fractures compliquées de plaie, si la gangrène survenait, la plaie serait en communication avec un foyer gangreneux, la mort serait presque inévitable. En pareille occurrence, on ne pouvait songer à la conservation. M. Verneuil, cependant, retarda l'amputation de quelques heures. « Il faut, disait-il à sa clinique, dans de semblables occasions, se rapprocher autant que possible de la température normale; si la température est basse au moment de l'examen, on doit attendre qu'elle se soit un peu relevée. » Le blessé, en effet, était presque sidéré, et la température était tombée à 36°. Le soir, la température du blessé remontait à 36°,8, le pouls à 120, M. Verneuil amputait alors la cuisse à la partie inférieure.

L'âge du blessé, ses habitudes d'alcoolisme, enfin, le pronostic particulier de l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur, tout indiquait de sérieuses réserves à faire au sujet des chances possibles de succès.

Ce fâcheux pronostic ne se confirma que trop. La température s'éleva les jours suivants, le pouls aussi; l'amputé, pris de subdélire, demandait à chaque instant du vin ; il succomba le 20 au matin, après avoir atteint, la veille de sa mort, le chiffre de 40° cent.



A l'autopsie, foie mou, un peu gras; les capsules des reins adhéraient fortement au parenchyme rénal, l'épithélium canaliculaire était granulo-graisseux, le cœur gras se déchirait très-facilement. Congestion œdémateuse des poumons; l'estomac, l'intestin, très-rouges, rate énorme. Dans la veine fémorale gauche, se trouvait un long caillot qui s'étendait de la veine cave jusqu'à la veine rénale; un autre caillot, qui partait de la veine fémorale droite, venait le rejoindre au niveau de la veine cave inférieure; il y avait un œdème léger de la jambe, à droite, mais très-marqué et presque purulent dans le moignon à gauche.

Sur le membre amputé, on trouva une fracture du tibia dans le 1/4 supérieur, avec 2 ou 3 gros fragments, dont l'un tenait encore au périoste ; aucune fissure articulaire ; le péroné était fracturé à 6 centimètres au-dessous de sa tête, et la tibiale antérieure présentait deux tronçons : l'un, rétracté dans le creux poplité, renfermait un caillot recouvert à son extrémité un peu élargie par les débris de la tunique externe. Le bout inférieur, rétracté à son tour, était à 6 centimètres environ au-dessous de l'anneau du ligament interosseux. Le nerf est seulement distendu, la rupture paraît avoir été produite par le péroné et par le mécanisme d'une tension excessive; l'artère a cédé, non pas au point touché par le péroné, mais sur l'anneau du ligament interosseux, qui forme là comme une arête saillante. Toutes les artères de la jambe étaient plus ou moins athéromateuses.

En regard de cette observation, on en peut placer une autre dans laquelle la lésion artérielle n'occupe pas cette place importante; le foyer de la fracture était parsemé d'une multitude de petits fragments osseux, appartenant en grande partie au péroné; le tibia lui-même, fracturé au même niveau, était comme éclaté. La lésion du squelette occupait ici une place prédominante.

OBS. IV. — *Fracture compliquée. — Amputation.*

(Hervey, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XVI, page 101, 1871.)

Garde national blessé dans la journée du 27 mai 1871, amené à l'hôpital Saint-Louis; amputation immédiate au tiers supérieur.

L'orifice unique de la plaie, situé au côté externe du tiers inférieur

du péroné, donnait accès dans un foyer sanguin parsemé d'une multitude de petits fragments osseux. Aux fragments principaux attiennent encore par des lambeaux de périoste décollé des portions assez volumineuses du péroné; le tibia, fracturé à peu près au même endroit, est comme éclaté, et des fragments disjoints, mais encore retenus et reliés entre eux par le périoste, forment avec les muscles de la région postérieure une véritable loge dans laquelle repose un biscaïen.

L'artère tibiale *antérieure* seule était lésée : un caillot obturait l'orifice du bout supérieur.

En résumé, si, à côté de la fracture compliquée ou non, la rupture simple ou la seule déchirure de l'artère, sans autres lésions, occupe une telle place, il n'est pas étonnant que les accidents qui la suivent parfois (hémorrhagies, gangrènes, anévrysmes) commandent non-seulement l'attention, mais encore l'intervention rapide et énergique du chirurgien.

DEUXIÈME PARTIE.

ACCIDENTS QUI SUIVENT LES LÉSIONS VASCULAIRES DANS LES FRACTURES DE JAMBE.

Les accidents qui accompagnent les lésions vasculaires dans les fractures de jambe peuvent se diviser en deux grandes classes : accidents immédiats, accidents consécutifs. Les hémorrhagies primitives (collections sanguines, infiltrations sanguines, hémorrhagies externes proprement dites) et quelques anévrysmes faux immédiats appartiennent à la première classe; les hémorrhagies secondaires, la gangrène, les anévrysmes faux consécutifs appartiennent à la seconde.

Voici, du reste, un tableau qui indique leur fréquence relative, tableau bien incomplet, car on ne trouve dans les auteurs aucun détail sur les lésions d'artères sans symptômes), et qui peut être regardé plutôt comme une table analytique des matières que comme une statistique réelle [1].

Accidents primitifs, 20 cas.	Hémorrhagies externes	14
	Collections sanguines	2
	Infiltration sanguine	1
	Anévrysmes diffus immédiats	3
Accidents secondaires, 30 cas.	Anévrysmes faux consécutifs	11
	Hémorrhagies secondaires	15
	Gangrène	3

[1] Les quatre premières observations citées dans le Ier chapitre ne peuvent entrer dans ce cadre clinique; les lésions arterielles n'ont été suivies d'aucun symptôme particulier et ont été simplement l'objet d'une étude anatomique.

En somme, les accidents secondaires paraissent surpasser en fréquence les accidents primitifs ; ils offrent, en outre, par leur gravité même, un plus grand intérêt; aussi, est-ce sur eux que nous porterons surtout notre attention. En regard de cette gravité, un seul fait peut rendre compte de l'étendue de leur champ d'action : Pelletan a vu une hémorrhagie secondaire de la tibiale antérieure au 75e jour.

CHAPITRE Ier.

COLLECTIONS SANGUINES.

Les collections sanguines acquièrent dans les fractures une importance particulière, lorsqu'elles dérivent de la lésion de vaisseaux importants. Elles peuvent se présenter sous deux aspects différents : tantôt elles communiquent avec l'air extérieur par un tout petit trajet, tantôt elles sont sous-cutanées. De semblables foyers ne peuvent être ouverts sans danger. D'abord, en les incisant, on peut provoquer une hémorrhagie artérielle importante (Pelletan, J. Bell), sans espoir de pouvoir lier directement le vaisseau, qui échappe à l'observation dans la profondeur du foyer. Dans les deux observations que nous citons, ce danger a été tel qu'on a dû faire immédiatement l'amputation. Ce n'est pas tout ; en ouvrant un foyer sanguin qui communique avec le foyer d'une fracture, on s'expose à tous les dangers d'une suppuration diffuse et surtout on transforme une fracture simple en fracture compliquée.

Le fait de Pelletan doit être l'objet d'une étude particulière. Son blessé était atteint d'une fracture des deux jambes. Le 12e jour, Pelletan ouvrit un abcès sur la jambe droite, à la partie inférieure, qui ne paraissait pas communiquer avec le foyer de la fracture ; à gauche, le foyer de la fracture fut pris à son tour de suppuration; il en sortit une petite quantité de pus, une grande quantité de caillots et de sang artériel. L'amputation de cuisse fut faite immédiatement.

Que faire en pareille occurrence, lorsque le foyer de la fracture vient à suppurer ? Faut-il ouvrir ? faut-il attendre ? Attendre peut être dangereux, ouvrir lorsque la suppuration est manifeste semble prudent, et si un pareil accident, l'hémorrhagie du tronc lésé survenait, ne faudrait-il pas, avant d'amputer, chercher à lier sur place les deux bouts du vaisseau, ou à arrêter l'écoulement sanguin par le tamponnement ou la compression de la fémorale, ou bien recourir à la ligature à distance?

En résumé, règle générale, les collections sanguines doivent être abandonnées à la résorption spontanée ; on doit éviter sur elles toute incision, les protéger contre la pression des appareils, qui

amènerait la mortification des téguments et cela pour deux raisons capitales : la possibilité d'une hémorrhagie par le tronc artériel lésé, la suppuration inévitable du foyer de la fracture. Ce n'est que lorsque le foyer vient à suppurer, soit sous l'influence d'un état général (abcès phlegmoneux de l'autre membre, Pelletan), soit à cause du contact avec l'air extérieur, que l'on peut être autorisé à ouvrir une collection sanguine ; mais alors il faut s'attendre à une hémorrhagie importante et se préparer à la ligature locale (les deux bouts du vaisseau divisé), ou la ligature à distance (fémorale); l'amputation ne semble pas autorisée par les faits qu'on va lire.

Obs. V. — *Fracture de jambe. — Suppuration du foyer de la fracture. — Hémorrhagie. — Amputation de cuisse. — Guérison.*

(Pelletan, *Clinique chirurgicale* de Dupuytren.)

Charretier ; la roue de sa voiture passe sur les deux jambes, près des malléoles. Fracture de la jambe avec tuméfaction instantanée, sans plaie. Les deux jambes sont recouvertes de compresses résolutives ; le gonflement, surtout à gauche, empêche d'appliquer un appareil. Le 12e jour, abcès ouvert à la face dorsale du pied et à la partie inférieure de la jambe; le gonflement augmente encore ; le 16e jour, fluctuation, sans altération de la coloration de la peau. Le foyer de la fracture, à gauche, est pris de suppuration, et le 23e jour après l'accident, on l'incise; il en sort une petite quantité de pus, une grande quantité de caillots et du sang artériel. La compression de la fémorale arrête l'écoulement sanguin. Amputation de cuisse immédiatement après. L'autopsie montre une vaste poche entre les muscles jumeaux et soléaires remplie de caillots ; l'artère tibiale postérieure et la péronière ossifiées. Une injection ne peut faire voir l'endroit d'où le sang avait pu s'échapper; c'était probablement par les dernières ramifications artérielles déchirées. Guérison.

Obs. VI. — *Fracture compliquée de jambe. — Ponction d'une collection sanguine. — Hémorrhagie. — Amputation.*

(J. Bell, IV, p. 411 : *Principles of Surgery*).

Fracture compliquée; le tibia et le péroné fracturés près de la tête de ces os, nombreuses esquilles. Jambe très-tuméfiée ; quelques jours après, on s'aperçut que la tumeur était liquide. On ponctionna avec une lancette, il n'en sortit rien que du sang grumeux ; la sonde pénétra dans une cavité remplie de coagulums. On ouvre la tumeur largement, on en retire une grande masse de caillots. Tout aussitôt, une artère profonde se met à donner ; le chirurgien ampute la jambe immédiatement.

CHAPITRE II.

INFILTRATION SANGUINE.

L'importance de l'infiltration sanguine dans les tissus, l'ensemble de ses caractères qui en forme un type clinique à part, apparaissent

nettement dans quelques circonstances, l'hématocèle du scrotum par exemple. Dans les fractures de jambe, le même accident a été quelquefois observé sans attirer l'attention d'une façon suffisante. Cependant cette lésion qui glisse inaperçue dès l'abord, devant le fait en apparence capital de la fracture, peut en quelques heures passer rapidement au premier rang, menacer même la vie d'un membre, qu'un examen plus sérieux eût pu mettre à l'abri de tout danger.

On comprend facilement que la déchirure d'une grosse artère, comme la fémorale, puisse amener un semblable accident. Quand il s'agit de la tibiale antérieure, le fait paraît moins évident; l'observation de J.-L. Petit est suffisamment nette, cependant, pour ne laisser place à aucun doute. En tout cas, le vaisseau est déchiré, mais on ne sait pas encore dans quelle étendue, s'il y a une rupture simple, ou une piqûre plus ou moins considérable. Il est probable que des conditions spéciales permettent la béance continuelle du vaisseau, soit, par exemple, une section incomplète, soit encore la lésion d'un vaisseau athéromateux incapable de se rétracter, dont les membranes sont dépourvues de contractilité ou d'élasticité (Obs. Pelletan, Picard).

Quoi qu'il en soit de ces conditions intimes, qui attendent l'étude de faits ultérieurs pour pouvoir s'asseoir sur d'autres bases que celles d'hypothèses, plus ou moins d'accord avec ce que l'on connaît sur les lésions artérielles, l'infiltration sanguine se présente au bout d'un temps encore indéterminé, probablement assez court, vingt-quatre heures peut-être, avec un cortége de symptômes qui ne permet guère l'hésitation. Une « ecchymose » survient par toute la jambe, par tout le pied, « la partie devient froide et brune : on la croyait gangrénée », a dit J.-L. Petit.

On ajoutera sans doute plus tard quelques données sur des points secondaires : 1° marche plus ou moins rapide de l'infiltration ; 2° crépitation sanguine, disposition plus ou moins prompte du sang dans les tissus ; mais nous n'en devons pas moins reconnaître que ce tableau laconique que nous a laissé J.-L. Petit offre un caractère de précision qui tranche toute incertitude. Cette observation est unique jusqu'ici. Cependant Pelletan rapporte l'histoire d'un homme âgé de 30 ans, Dagonet, dont la fracture était presque consolidée, mais dont l'état général n'était pas très-bon, et qui fut pris, le 75e jour, d'une hémorrhagie avec tuméfaction énorme de la jambe. Cette hémorrhagie interstitielle secondaire, qui coïncidait avec une hémorrhagie externe du même ordre, résista à la compression de la fémorale; on fut obligé de faire l'amputation, et 17 jours après, le malade succombait (*Voir* observation XIV.)

Voici deux faits bien différents: dans l'un l'infiltration sanguine

est primitive et joue le principale rôle; dans l'autre (Pelletan), les hémorrhagies interstitielles et externes n'ont d'autre signification que celle que leur donne l'état général; c'est une hémorrhagie secondaire, infiltration sanguine secondaire. Le diagnostic et le pronostic sont contenus dans les quelques mots de l'observation de J.-L. Petit.

Quant au traitement, faudrait-il, comme l'illustre chirurgien, recourir à la méthode ancienne et faire la ligature des deux bouts, en transformant une fracture simple en fracture compliquée? Faudrait-il faire la ligature de la fémorale ? Faisons remarquer qu'ici il s'agit d'une menace de gangrène, de perte à peu près certaine du membre, et que la ligature de la fémorale n'est pas toujours sans suites fâcheuses. Sur 204 cas de ligature rassemblés par Cocteau dans sa thèse, il y a eu 39 cas de gangrène. Comment alors, avec cette éventualité, si douteuse quelle soit, risquer ainsi la vie d'un membre, déjà sous le coup d'une pareille menace ?

Dans les cas d'infiltration peu prononcée, on peut comprimer légèrement le membre, après une réduction minutieuse, avec un bandage de Scultet dont on supprime les attelles, auquel on ajoute une première couche enveloppante d'ouate, comme le fait M. Verneuil, puis enfin placer le tout dans une gouttière ordinaire. On favorise ainsi la résorption plus ou moins rapide du sang épanché.

En résumé, la méthode de J.-L. Petit, dont on entrevoit le danger, ouverture du foyer de la fracture, ne pourrait être essayée que lorsque toute autre chance se serait évanouie, et que la marche du phénomène irait graduellement en croissant. Quant à l'infiltration sanguine secondaire, nous renverrons le lecteur au chapitre des hémorrhagies secondaires..

Obs. VII. — *Fracture compliquée de jambe.* — *Menace de gangrène.*

(J.-L. Petit, *Traité des maladies des os*, t. II, p. 42-1723.)

« Ordinairement l'hémorrhagie ne se trouve que dans les fractures avec plaie. J'ai cependant vu l'artère qui passe entre les deux os de la jambe, ouverte par le tranchant de la fracture du tibia, qui était cassé en flûte; il survint une ecchymose par toute la jambe, par tout le pied, la partie devint froide et brune, on la croyait gangrénée ; j'ouvris la jambe depuis quatre travers de doigt au-dessus, jusqu'à quatre doigts au-dessous du lieu fracturé, j'incisai jusque et par de là les ligaments interosseux, j'arrêtai l'hémorrhagie sans déplacer les os, je pansai cette maladie comme une fracture compliquée qu'elle était, et je guéris mon malade. Pour arrêter le vaisseau ouvert, il faut absolument le découvrir ; pour le comprimer, le lier; on y applique des styptiques qui sont les trois moyens d'arrêter les hémorrhagies extraordinaires. »

CHAPITRE III.

HÉMORRHAGIES PRIMITIVES.

Les observations d'hémorrhagies primitives dans lesquelles on a eu l'occasion de s'assurer plus ou moins directement de leur origines ont assez rares dans la littérature médicale; nous n'avons pu en trouver que 20 faits seulement. Cette rareté est probablement due à la rétraction des bouts artériels divisés; car sur 34 observations de fractures compliquées de plaies, cette complication ne s'est présentée que 14 fois isolément, 6 fois elles ont précédé les hémorrhagies secondaires; ces dernières observations seront étudiées dans le chapitre suivant.

7 fois, l'artère blessée était la tibiale antérieure, 3 fois la postérieure; une autre fois l'artère nourricière du tibia, une fois la postérieure et la péronière; une fois l'interosseuse. Des lésions de ce genre, sur des vaisseaux de ce calibre, offrent généralement une certaine importance. En effet, sur le blessé de B. Cooper, l'hémorrhagie ne cessa que peu à peu par l'état de collapsus où il se trouvait plongé. B. Cooper seul a noté dans son observation l'absence de battements dans le tronçon inférieur de l'artère lésée. Gooch ne donne pas de détails sur les signes qui lui ont permis de reconnaître que le vaisseau atteint était une des ramifications de l'artère médullaire. La présence du pouls dans la pédieuse et la tibiale postérieure, lorsque rien dans la fracture ne fait supposer une lésion de la péronière, pourrait *à priori* attirer l'attention sur cette artère.

Le traitement, dans ces faits divers, a varié comme les faits eux-mêmes. 1° *L'application d'eau froide* sur tout le membre est parvenue à arrêter l'hémorrhagie (Ch. Bell).— 2° *La ligature des extrémités du vaisseau* est nettement indiquée dans tous ces faits de fracture compliquée suivie d'hémorrhagies : Boyer, Nélaton, Follin, Billroth, Legouest, comme John Bell et Guthrie, la recommandent. La Société de chirurgie, en 1870, l'a adoptée en principe; elle n'est cependant pas toujours possible (Hergott, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 15 mai 1871), ni même suivie d'un succès complet. Klose et Paul, imitant en cela la conduite de J.-L. Petit (1723), ont aussi lié, sur un jeune garçon de 16 ans, la tibiale antérieure, après dilatation de la blessure. Ils ont, en outre, appliqué de la glace sur le membre : il s'ensuivit un sphacèle du dos du pied, de l'étendue de la paume de la main. La gangrène pénétrait jusque dans les muscles et le tissu conjonctif interstitiel; après une suppuration

très-longue et un état typhique très-prononcé, le blessé guérit avec un léger valgus déterminé par la cicatrice. Evidemment mieux vaut un tel membre qu'une jambe de bois, sans parler des chances que l'amputation fait courir. Jumné et Bœckel ont obtenu chacun plein succès. —3° Gooch, pour arrêter une hémorrhagie de l'artère médullaire, qu'on ne pouvait atteindre, fut obligé d'appliquer sur le tibia une petite couronne de trépan et d'arrêter l'hémorrhagie par le *tamponnement*. La compression immédiate réussit parfaitement entre les mains de Uytterrhœven et de Burggraeve. Il ne faut cependant pas se méprendre sur la valeur du tamponnement ; ce procédé est douloureux, gêne la circulation en retour et augmente les chances d'accidents inflammatoires. — 4° La *compression médiate* a été tentée avec succès. — 5° L'*amputation immédiate* n'a été pratiquée que dans 2 de nos observations ; elle était justifiée dans l'observation de B. Cooper par la présence d'une fracture comminutive et l'étendue de la plaie extérieure (4 pouces de long), la saillie du tibia plus ou moins dénudé et enfin l'état de collapsus dans lequel le blessé s'était trouvé à la suite de l'hémorrhagie. La dissection du membre fit voir, outre les déchirures considérables des principaux muscles, des extravasations sanguines très-étendues. Le malade guérit. Dans l'observation de Hervey, l'amputation fut faite immédiatement au-dessus de la fracture, à 2 centimètres environ au-dessus du lieu d'élection : lambeau externe, circulaire en arrière et en dedans, réunion par suture entortillée, gangrène des lambeaux, mort. La nature des complications (fracture comminutive, plaie et broiement très-étendus) ne peut permettre une autre conduite.

L'ensemble de ces faits ne nous indique pas nettement la voie à suivre ; il nous semble cependant permis de conclure à quatre méthodes thérapeutiques principales. — 1° *Lier les deux bouts du vaisseau lésé*, méthode de J.-L. Petit. C'est la méthode de choix. — 2° Lorsqu'on ne pourra le trouver, essayer le *tamponnement* de la plaie *avec ou sans compression de la fémorale*. Méthode incertaine et dangereuse parfois. — 3° La *ligature* de la fémorale n'est pas toujours possible (athéromasie, lésions vasculaires multiples). Elle ne peut être employée d'emblée et ne peut venir qu'en seconde ligne. — 4° Lorsque par la nature des complications (fracture comminutive, broiement des muscles et des parties molles, infiltration sanguine, perte de sang considérable), on croira ne pouvoir laisser le blessé exposé à une suppuration chanceuse, à des accidents gangréneux plus ou moins imminents, il faudra prendre résolument un parti et pratiquer l'*amputation immédiate*. L'hémorrhagie primitive ne sera que dans des cas très-rares la cause déterminante de l'amputation. L'amputation doit être faite immédiatement et dans

la section supérieure du membre, à la cuisse. Les statistiques démontrent, en effet, tout le danger des amputations faites primitivement ou dans le foyer de la fracture, ou sur la section même du membre où se trouve la fracture. Celle de Th. Bryant (dans *le British médical journal*, 1861, page 238) démontre que sur 39 blessés amputés primitivement sur le membre fracturé pour des fractures compliquées de jambe, 19 périrent, soit 59,37 0/0.

6 seulement succombèrent sur 11 amputés dans l'articulation ou sur la cuisse, soit 55 0/0.

Les amputations secondaires faites dans ces deux points différents ont toutes le même résultat 66,66 0/0.

Obs. VIII. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagie. — Phlegmon du membre. — Mort.*

(Ch. Bell, *Surgical observ.*, 1816, p. 311.)

X..., 49 ans, renversé par une voiture qui passa sur les deux jambes. Le tibia droit fracturé; en avant, les téguments offraient une plaie très-nette, comme si elle avait été faite avec le bistouri; nombreuses esquilles; quelques-unes étaient très-pointues. A gauche, étroite plaie à la partie antérieure, avec hémorrhagie considérable. Cette plaie fut agrandie; le sang parait provenir d'une des artères tibiales. Les deux os étaient brisés. L'hémorrhagie arrêtée par des linges trempés dans l'eau froide. Les deux jambes maintenues par des attelles. La nuit suivante, spasmes de la jambe gauche, suppuration considérable; point de mortification : l'état général empire. La suppuration s'étend jusqu'à l'aine à droite; mort. Sans autopsie.

Obs. IX. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagie. — Amputation. — Guérison.*

(Bransby Cooper, voir Thmpson, *Guy's hospital reports*, 192, t. I, 1836.)

K..., 60 ans, renversé par voiture; fracture comminutive, avec plaie du tibia et du péroné. La plaie de 4 pouces de long; le tibia fait saillie au dehors. Hémorrhagie considérable, qui cesse peu à peu. La tibiale antérieure bat faiblement, la postérieure ne bat plus. Amputation immédiate, guérison. Le membre examiné présente des extravasations sanguines considérables. L'*artère tibiale postérieure* est déchirée, le nerf est indemne, le tibia divisé en cinq morceaux, le périoste décollé. La portion du tibia en relation avec l'astragale est fortement brisée : le péroné fracturé à la partie inférieure et moyenne.

Obs. X. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagie. — Ligature de la tibiale antérieure. — Gangrène limitée. — Guérison.*

(Klose et Paul, *Günsburg's Zeitschr. f. klin. med.*, 1851, p. 442, et *Conservative Chirurgie*, Breslau, 1854, p. 147, observ. XIV.)

Jeune garçon, 16 ans, renversé par un tronc d'arbre qu'on abattait. Fracture comminutive du milieu du tibia droit, fracture oblique du péroné, plaie contuse de la face antérieure du tibia, à 3 pouces de l'arti-

culation, forte hémorrhagie par la tibiale antérieure. L'hémorrhagie se renouvelle au moment où l'on enlève le bandage provisoire; ablation des esquilles; ligature de la *tibiale antérieure*, après dilatation de la blessure; glace sur le membre. Gangrène de l'étendue de la paume de la main jusque sur le dos du pied. Fièvre typhique, suppuration très-longue; la perte de substance se comble peu à peu, puis enfin une portion du tibia, longue de 3/4 de pouce, se nécrose. Guérison, avec 2 pouces 1/2 de raccourcissement.

Obs. XI.— *Fracture compliq. — Hémorrhagie d'artères médullaires. — Compression locale.— Guérison.*

(Benj. Gooch, *Medic. and chir. Observations as an appendix to a former publication*, London, p. 83, ou *Richter's chirurg. Bibliothek*, Bd. 2, p. 123.)

Fracture de jambe compliquée; forte hémorrhagie d'une *artère médullaire*. On fut obligé de trépaner le tibia pour l'atteindre. Les deux orifices qui fournissaient le sang avaient à peu près le volume d'une plume de corbeau; hémorrhagie arrêtée par compression avec charpie.

Obs. XII.— *Fracture commin.— Amputation immédiate.*

(Hervey. *Bull. d. l. Soc. anatom. de P.*, 1870, t. XV, p. 402.)

D., 40 ans. Un énorme bloc de marbre s'abat sur lui et le frappe au niveau du jarret; le malade est projeté le ventre contre terre et la pierre, continuant sa course, vint écraser la jambe. Plaie très-étroite, située à quelques centimètres au-dessous de la tubérosité du tibia, notable écoulement de sang. Amputation immédiate par M. A. Guérin. Le fragment supérieur, horizontal dans sa partie externe, saillant en bas et en dedans ; le fragment inférieur, très-oblique, est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Entre eux se trouvent 4 fragments volumineux plus ou moins complétement séparés des premiers. Le péroné, fracturé à peu près au même niveau, offre un fragment séparé. L'*artère tibiale antérieure* déchirée. La postérieure saine, les muscles infiltrés de sang. Vaste épanchement sanguin au niveau de la fracture. Le soir, 108 puls. 37°,8.

Le 18, 104, 37°,8.—Soir, 128, 39°,6.

Le 19, lambeaux mortifiés ; 120 puls. 38°,8. En soulevant la cuisse, on y sent cheminer des gaz.

Soir. Délire toute la journée; 136 puls. 40°.

Le 20. Frisson. La teinte verdâtre des teguments a gagné la cuisse jusqu'au milieu de sa hauteur. 120 puls. 39°,2. Mort.— Pas d'autopsie.

Obs. XIII.— *Fracture compliq. — Hémorrhagie.— Ligature de la tibiale antérieure.*

(De Jumné, d'Ostende, Crocq, *Traitement des fractures de membres*, p. 481.)

Fracture de jambe par écrasement. Hémorrhagie due à une rupture de la *tibiale antérieure*. De Jumné lia le vaisseau, et l'écoulement sanguin fut définitivement arrêté.

Obs. XIV.— *Fracture compliq. de jambe.— Hémorrhagie.— Gangrène. — Amputation.*

(Bœckel, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 15 mai 1871.)

Un soldat blessé à la jambe par éclat d'obus; fracture du péroné, large plaie à la partie postérieure du membre. Hémorrhagie grave ; la ligature, dans la plaie, des *artères tibiale postérieure et péronière.* Au 3e jour, gangrène de tout le membre, avec crépitation emphysémateuse. Amputation de la cuisse; hémorrhagie consécutive. La ligature de la fémorale a coupé l'artère, qui ne renferme aucune trace de caillots.

Obs. XV. — *Fract. commin. de jambe.*

(Vigaroux, *Mémoire sur le traitement des fractures comminutives*, obs. 84, p. 376.)

Fracture comminutive du tibia et du péroné, avec déchirure de l'artère *tibiale antérieure ;* guérison.

Obs. XVI. — *Fracture de jambe.— Hémorrhagie. — Compression.*

(Uytterhœven Crocq, *Traitement des fractures des membres*, p. 461.)

Fracture des os de la jambe, déchirure de la *tibiale antérieure*, suivie d'hémorrhagie considérable. Compression immédiate. Pansement par occlusion. L'arrêt de l'hémorrhagie est définitif.

Obs. XVII.—*Fract. compliq. — Compression.*

(Warren, *Boston medical journal*, t. LVI, p. 296, 1857.)

Fracture de jambe avec plaie de l'artère *tibiale antérieure*, qui a été ouverte par l'extrémité du fragment supérieur du tibia. La compression arrête l'hémorrhagie, qui ne se reproduit pas.

Obs. XVIII. — *Fracture compliq.— Hémorrhagie.*

(Chassaignac, *Traité de la suppuration*, 1859, t. I, p. 520.)

Fracture du péroné et du tibia de la jambe droite, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne et déchirure de l'*artère tibiale postérieure.* Hémorrhagie considérable, qui s'arrête après la réduction et sous l'influence d'un pansement par occlusion.

Obs. XIX.— *Fract. commin. — Hémorrhagie. — Compression.*

(Burggraeve, *Bull. Acad. de Belgique*, séance du 26 mai 1860.)

Fracture comminutive sus-malléolaire du tibia et du péroné ; issue du fragment supérieur du tibia. Rupture de l'*artère tibiale postérieure.* Compression, application d'une coque ouatée. L'hémorrhagie ne se reproduit pas.

Obs. XX. — *Fract. commin. et complète de jambe, compliquée de plaie. — Guérison.*

(Pichorel Fourquet, *Th. de Montpellier*, 1865, no 15.)

Fracture complète et comminutive de la jambe, compliquée de plaie et de lésion de la *tibiale antérieure*. Efforts inutiles pour faire la li-

gature de l'artère; le chirurgien est forcé de bourrer la plaie avec des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer. Guérison.

Obs. XXI. — *Fract. compliq. de jambe.* — *Rupture de l'artère interosseuse.* — *Guérison.*

(Long, Béranger Féraud, *Traité de l'immobilisation directe*, p. 397.)

Fracture du tibia et du péroné au 1/4 infér.; large déchirure des téguments de la partie interne du membre; saillie des extrémités osseuses. Rupture de l'*artère interosseuse*, très-abondante hémorrhagie. Blessé resté sans secours pendant 4 heures.

L'hémorrhagie arrêtée définitivement par l'application du perchlorure de fer sur le vaisseau divisé.

CHAPITRE IV.

HÉMORRHAGIES SECONDAIRES.

On peut trouver dans les auteurs 15 observations d'hémorrhagies secondaires à la suite de lésions des troncs artériels dans les fractures de jambe. Cette importante complication des plaies n'a soulevé que dans ces derniers temps l'intérêt général. La remarquable thèse de M. Cauchois, un des élèves de M. Verneuil, a montré dans tout son jour cet intéressant problème. Nous ne pourrons pas évidemment, dans l'étude rétrospective d'observations la plupart anciennes, répondre à toutes les exigences de la critique; cependant l'étude pathogénique et thérapeutique de ces hémorrhagies, au point de vue restreint qui nous occupe, n'est pas, croyons-nous, dépourvue de tout intérêt.

Dans nos 15 observations, l'hémorrhagie secondaire a paru à des époques bien différentes : le 5e jour (Kern, Macleod); le 7e ou 8e jour (Collomb); le 8e (Macfarlane, Hargrave); le 11e (Earle); le 12e (Ch. Bell); le 16e (Dupuytren); le 20e (Baudens, Verneuil); le 75e (Pelletan).

La durée et la fréquence de ces hémorrhagies sont aussi très-variables; dans l'observation de Macfarlane, il y eut 4 hémorrhagies successives jusqu'à la mort, du 8e au 11e jour. Baudens fit la ligature de la fémorale pour 4 hémorrhagies de même genre. On ne peut rien indiquer de précis à ce sujet, car presque toujours une thérapeutique plus ou moins énergique en a fort heureusement interrompu le cours. — 6 fois sur 15 observations, une hémorrhagie immédiate s'est présentée au moment de l'accident, ce n'est que plus tard, le 5e jour (Kern), 8e, 11e, 14e et même le 75e jour après la fracture, que l'hémorrhagie secondaire a paru. Le blessé de Kern avait une vaste collection sanguine des parties molles et succomba le 8e jour à une suppuration aiguë des parties molles et de la moelle des os. La préexistence d'hémorrhagies primitives plus ou moins importantes est à noter au point de vue étiologique. Elles

peuvent produire, soit un affaiblissement assez considérable du blessé, soit, concurremment avec l'hémorrhagie externe, une collection sanguine interstitielle, qui peut suppurer plus tard et devenir, par l'intermédiaire d'un état septique plus ou moins grave, l'origine d'une hémorrhagie secondaire.

L'ulcération ou la perforation secondaire d'une artère par une esquille a été reconnue par Collomb; Kern accuse l'état d'agitation de son blessé, qui avait aussi une fracture esquilleuse. Baudens a noté l'existence d'une longue esquille implantée dans les parties molles, dans la direction de l'artère. Earle et Skey ont signalé une fissure longitudinale de la tibiale antérieure.

A côté de ces causes, mécaniques pour la plupart, on doit en reconnaître d'autres, perturbatrices par excellence du mouvement de réparation qui accompagne l'hémostase provisoire. L'hémorrhagie qui paraît le 75e jour (Pelletan) avait été précédée de fièvre avec redoublement, le pouls était faible, la langue sèche et rouge, les forces affaiblies. Macfarlane observa un cas analogue, « fièvre, tuméfaction du pied, douleurs vives, vésicules autour de la plaie, hémorrhagie, plaie gangréneuse, pouls à 130. Affaiblissement général, membre doublé de volume (par infiltration sanguine), perte de 6 onces de sang en quelque temps. Etat typhique et mort. » Voilà bien, ce semble, une hémorrhagie secondaire de cause septique. Le fait de Hargrave offre quelque analogie avec le précédent : il se fit, en même temps qu'une hémorrhagie primitive externe, une hémorrhagie interstitielle. Ces collections sanguines plus ou moins profondes, en contact avec l'air, sont vraisemblablement une cause déterminante dans la marche plus rapide des accidents.

La seule ligature du bout cardiaque et l'absence de la ligature sur le bout périphérique de la division artérielle pourraient être la cause d'une hémorrhagie secondaire récurrente, mais on ne trouve dans les observations suivantes aucun fait de cette nature.

Nous étudierons à l'article anévrysme ces hémorrhagies secondaires qui semblent présider au développement des tumeurs anévrysmatiques (Gimès, obs. XXIV; Macleod, obs. XXXIV). De même nous ne croyons pas devoir étudier ici les faits d'anévrysme dont la déchirure par les esquilles a été accompagnée d'hémorrhagies considérables (*Voir* ANÉVRYSME, White, obs. XXIII; Pelletan, obs. XXV; Moore, obs. XXIX). Par quels symptômes précurseurs s'annonce l'hémorrhagie secondaire? Un des signes les plus importants, dans certains cas, lorsqu'on a affaire à une fracture esquilleuse, c'est la douleur : Collomb l'a parfaitement indiqué chez son blessé.

Le diagnostic de l'hémorrhagie secondaire est facile à porter. Là n'est pas le point important. Il faut reconnaître autant que possible la source de l'hémorrhagie, savoir quel est le vaisseau atteint; pour

cela, le siége de la lésion, la direction de la violence et surtout l'absence de pouls à la périphér'e de l'artère lésée montreront de quel vaisseau part le sang, donnée dont il est facile de saisir l'importance.

Il faut, autant qu'on peut, chercher à en connaître la cause pour la combattre ou la modifier, si c'est possible. Est-ce une hémorrhagie récurrente, est-ce une hémorrhagie par ulcération des tuniques (pus, esquilles), est-ce une hémorrhagie secondaire de cause septique? Un traitement rationnel n'est possible qu'à cette condition. Le pronostic, quoi qu'il en soit, est grave; la terminaison la plus fréquente, dans la plupart des cas, est la mort.

Lorsque l'hémorrhagie secondaire est de cause septique, tout n'est pas désesperé cependant, et dans des cas de ce genre, l'amputation a pu sauver le blessé. Lorsque l'hémorrhagie secondaire reconnait pour origine l'ulcération des vaisseaux par des esquilles, le pronostic est relativement plus favorable.

Même dans les occasions fréquentes où l'on pouvait pratiquer l'autopsie on disséquer le moignon, l'étude anatomique a été le plus souvent incomplète. Nous ne savons pas encore exactement quel était le genre d'altération du vaisseau : ici, une fissure (Earle), là les parois artérielles déchirées, béantes, ramollies ; mais nulle part, on n'indique les modifications exactes qu'elles ,ont pu subir. Tout ce que nous savons d'essentiel à ce sujet a été indiqué au chapitre de l'étiologie des hémorrhagies secondaires. Il nous reste à faire connaître ici quels ont été les vaisseaux le plus fréquemment lésés.

L'artère tibiale antérieure a fourni 6 fois l'hémorrhagie secondaire, la postérieure 3 fois ; ces deux artères se sont trouvées une fois blessées simultanément ; la péronière (Hargrave) une seule fois.

Quel a été le résultat de l'intervention chirurgicale dans cette redoutable complication des fractures de jambe? La *ligature* sur place a été essayée. Nélaton a démontré qu'on pouvait lier une artère sans danger au milieu d'un foyer purulent ; il n'est pas toujours possible de trouver le vaisseau lésé dans de semblables conditions ; Bœckel a cependant obtenu un succès dans les mêmes circonstances.

Le *tamponnement*, combiné avec l'extraction des esquilles, a réussi entre les mains de Collomb. Sur le blessé de Pelletan, la *compression* de la fémorale, puis le tamponnement, ne parvinrent pas à arrêter l'hémorrhagie ; l'amputation fut nécessaire.

L'*emploi du tourniquet* n'a pas réussi davantage entre les mains de Kern, de Ch. Bell et de Macfarlane, pas plus que la *compression* entre les mains de Dupuytren.

La ligature de la fémorale, dans un cas, a été suivie d'hémorrhagie foudroyante (Verneuil); dans un autre (Anger) l'apparition de

petits écoulements sanguins aux angles de la plaie de la ligature fit craindre une hémorrhagie foudroyante. Enfin le blessé de Baudens fut amputé, peu après la ligature de la fémorale, par un second chirurgien ; les indications de cette nouvelle opération ne sont pas exprimées, elle fut suivie de succès.

Le succès de Guerry est unique jusqu'ici; la ligature de la fémorale offre bien peu de chances lorsque les artères sont athéromateuses, les lésions vasculaires multiples et l'état septique très-avancé.

Toutes ces diverses méthodes sont, pour ainsi dire, palliatives et ne s'adressent qu'à l'hémorrhagie, symptôme, le plus souvent d'un état général ou local des plus sérieux. C'est le foyer de la fracture et l'état général consécutif qu'il faut modifier.

L'*amputation*, remède héroïque, a été la ressource ultime 8 fois sur 14; 4 fois seulement les résultats se trouvent indiqués : 2 guérisons et 2 morts.

Quels ont été les succès de ces diverses méthodes prises ensemble? 5 morts sur 9; dans les 4 autres cas, le résultat thérapeutique n'a été l'objet d'aucune indication. La gravité de l'hémorrhagie secondaire ressort suffisamment de tous ces détails. Cette désolante perspective nous amène à chercher quelque chose de meilleur et à essayer de poser quelques règles, soit pour éviter, soit pour combattre cette grave complication.

1° Les moyens prophylactiques sont de divers ordres: lorsqu'on est en face d'une fracture compliquée de jambe avec lésion artérielle, si la plaie est petite, l'hémorrhagie artérielle nulle et la fracture sans esquilles, on peut espérer, par l'*occlusion* collodionnée, mettre le foyer à l'abri du contact de l'air et éviter ainsi la suppuration.

Mais si la plaie est assez large, la prudence indique l'*extraction des esquilles*, la *résection des extrémités pointues des fragments*, la *ligature des deux bouts de l'artère lésée*, pour éviter toute hémorrhagie récurrente, et l'emploi assidu de tout l'*arsenal antiseptique* (injections, drainage, bandage ouaté de A. Guérin) : telles nous semblent être les ressources à mettre en œuvre.

2° Si, malgré tous ces soins, une hémorrhagie secondaire apparaît, lorsque les fragments auront été resséqués, les deux bouts artériels liés, les esquilles enlevées, la ligature de la fémorale est indiquée ; mais, d'après les quelques observations suivantes, elle paraît être dangereuse parfois (Faits de Verneuil, de B. Anger, par Marcano). Si l'état général domine la scène, peut-être faudrait-il alors enlever le foyer morbide, amputer.

Hémorrhagies secondaires.

Obs. XXII. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagies. — Compression dans la plaie. — Guérison.*

(Collomb, de Lyon, *Œuvres médico-chirurgic.*, Lyon, an VI ou 1798, p. 403.)

X..., 40 ans, chute de cheval, fracture la jambe, juste au-dessus de l'articulation du pied; l'extrémité oblique du tibia sort d'un centimère environ par la plaie. La réduction des fragments n'eut lieu que le 4e jour; bandage à 18 chefs. Quelques jours après, hémorrhagie considérable, arrêtée par compression de l'artère poplitée, reparaissant aussitôt qu'on ôtait le tourniquet. L'hémorrhagie, dans le diagnostic, reconnaissait pour cause une *lésion vasculaire par les esquilles*. Pour éviter l'amputation, Collomb fit une longue incision sur le foyer de la fracture jusqu'au ligament interosseux, enleva plusieurs esquilles du péroné, remplit la plaie avec de la charpie. La suppuration s'établit aisément. Les douleurs, les hémorrhagies disparurent. Le 50e jour, nécrose de la partie du tibia qui avait paru au dehors au moment de l'accident. Guérison avec léger raccourcissement.

Obs. XXIII. — *Fracture de jambe compliquée. — Hémorrhagies le 75e jour. — Amputation. — Mort.*

(Pelletan, *Clinique de Dupuytren.*)

X..., 30 ans, chute du haut d'un escalier, fracture des deux os de la jambe gauche, le tibia au milieu, le péroné près des malléoles, plaie produite par saillie du fragment supérieur du péroné. Tuméfaction de la jambe, forte hémorrhagie. Le jour suivant, la jambe est encore plus tuméfiée; abcès à la partie interne, ouverture, santé générale peu satisfaisante, fièvre avec redoublements, pouls faible, langue sèche et rouge, forces affaiblies; chaque fois qu'on change l'appareil, il s'écoule une certaine quantité de sang. L'état général s'améliore; au 75e jour, hémorrhagie soudaine avec tuméfaction énorme de la jambe; on comprime la fémorale, on met à nu le point d'où jaillissait le sang, on tamponne avec de la charpie. L'hémorrhagie reparut; amputation, mort 17 jours après. L'*artère tibiale antérieure* percée de 5 à 6 ouvertures. Les fractures du tibia et du péroné étaient consolidées.

Obs. XXIV. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagies. — Mort.*

(V. v. Kern. Beobacht und Bemerk, *Aus d. Geb. d. prakt. Chirurgie*, Wien., 1828. Obs. VI, p. 27.)

X..., reçut un coup de pied de cheval sur la jambe, fracture du tibia et du péroné à 6 pouces au-dessus de la malléole interne, avec plaie contuse d'environ 3 pouces de long sur 1/2 pouce de large; simple bandage. Le jour suivant, la jambe grossit de moitié; la plaie s'élargit; peau autour de la blessure violacée, froide; dans la profondeur, on sentait de la fluctuation. Le patient refusa l'amputation. On dilata la blessure, on enleva les caillots, on plaça le membre sur une gouttière et on l'entoura de cataplasmes. Grande agitation, les fragments se dérangeaient fréquem-

ment; le 5e jour, vive hémorrhagie, arrêtée par le tourniquet ; le 6e jour même scène, plusieurs fois répétée. La tuméfaction augmenta, les extrémités se refroidirent. Dans la nuit du 6 au 7e jour, de faibles hémorrhagies se répétèrent ; oppression, syncope, sueurs, pouls à peine sensible, vomissement, hoquets, mort le 7e jour. A l'autopsie, le pourtour de la plaie gangrenée à plus de 2 pouces de la blessure. Les artères *tibiales antérieure et postérieure* fortement rétractées, avec ouvertures béantes et bords déchirés. Les os brisés en travers, leurs extrémités noirâtres; du canal médullaire sortait un liquide jaune verdâtre, d'une odeur extrêmement fétide.

OBS. XXV. — *Fracture compliquée de jambe. — Hémorrhagie. — Amputation.*

(Ch. Bell, *Surgical observat.*, 1816, p. 313.)

X., 34 ans, monte en voiture sur rais de la roue, glisse malheureusement; fracture des deux os de la jambe, déchirure des téguments sur le tibia ; faible hémorrhagie. En introduisant le doigt dans la blessure, on sentait une large portion de l'os qui était détachée des deux fragments principaux; on replaça le mieux possible cette portion; on fit un bandage à 18 chefs. Le 12e jour, la plaie était légèrement sanguinolente; les jours suivants, légères hémorrhagies, qui cessèrent enfin; mais le membre était fortement tuméfié, œdémateux. L'hémorrhagie reparut en appliquant des attelles; elle fut arrêtée par le tourniquet. Amputation au 21e jour.

OBS. XXVI. — *Fracture compliquée.— Hémorrhagies. — Mort.*

(Macfarlane, Glasgow, *London med. and physic. journal*, vol. XXXIX, 1833, p. 237.)

Vieillard, jambe brisée par chute d'une pierre à bâtir. Fracture double compliquée, à 3 pouces au-dessus de l'articulation du pied. Plaie d'environ 2 pouces de long à la face antérieure de la jambe; portion oblique de l'extrémité du tibia faisait saillie à travers les téguments. Péroné brisé aussi, de même un ou deux os des métatarsiens. Battements des artères tibiales antérieure et postérieure derrière les malléoles. Le membre, pansé simplement placé, sur le côté externe. Dès les premiers jours, fièvre, le dos du pied, douloureux, se couvre de vésicules. Le 8e jour, hémorrhagie de 10 onces; le tourniquet l'arrête. Plaie devint gangréneuse, le pouls tomba à 130, s'affaiblit; le membre doubla de volume : grandes incisions. Le blessé perdit encore 6 onces de sang; le patient devint typhique, et mourut au bout de 12 jours. A l'autopsie, l'hémorrhagie avait pour origine l'artère *tibiale postérieure;* les tissus profonds étaient gangrénés.

OBS. XXVII. — *Fracture par arme à feu. — Hémorrhagie. — Amputation. — Mort.*

(Dupuytren, *Clinique chirurg.*, 2e édition, t. V, p. 402.)

Menuisier, frappé d'une balle à la jambe en 1830. Fracture des deux os de la jambe vers le tiers supérieur ; 2 ouvertures : l'une en avant et en dehors, l'autre en arrière et en dedans. Aucune hémorrhagie. On tente

la conservation. Le membre placé dans un appareil de fracture; saignée copieuse, réitérée le lendemain; suppuration de bonne nature. Le 16e jour, hémorrhagie violente. Compression de la fémorale et amputation immédiate; mort 8 jours après ; 15 à 20 esquilles presque toutes détachées. La tibiale postérieure saine, la tibiale *antérieure* altérée par la putréfaction, ouverte à son passage dans le ligament interosseux.

OBS. XXVIII. — *Fracture compliquée. — Hémorrhagie. — Ligatures dans la plaie. Amputation.*

(Earle and Skey, *London Gazette*, XV, 281, 1835.)

Manœuvre, 53 ans, fracture compliquée et communitive du tibia et du péroné, suite de chute d'une échelle de la hauteur de 6 pieds; hémorrhagie considérable par la plaie. Earle enleva quelques esquilles dont la plus grosse, longue de 3 pouces et épaisse d'environ 1/3 de la largeur du tibia. Les jours suivants, un léger écoulement; le 11e jour, hémorrhagie plus considérable; compression de la fémorale. On élargit la plaie en haut et en bas, en pénétrant entre le soléaire et les muscles profonds; ligature sur le bout central de la *tibiale antérieure* et aussi sur la veine saphène, qui laissait écouler une certaine quantité de sang. Malade très-épuisé. Amputation. La ligature était placée sur une fissure longitudinale de l'artère, dont la partie inférieure était recouverte par un exsudat et par le nerf.

OBS. XXIX. — *Fracture composée, avec plaie de l'artère tibiale postérieure, l'extrémité inférieure du vaisseau saigna 4 mois durant : le membre fut amputé.*

(Allison, *on Amputations*, p. 233.)

OBS. XXX.— *Fracture compliquée.— Hémorrhagies. — Amputation.— Guérison.*

(Hargrave, *Dublin medic. Press.*, vol. XIII, 1845, p. 385.)

X..., 60 ans, jambe écrasée par voiture; les deux os brisés au niveau de l'épiphyse inférieure du tibia; probablement articulation ouverte; faible déplacement et petite plaie derrière la malléole interne. Une infiltration sanguine considérable s'étend sur toute la jambe, faible hémorrhagie pendant plusieurs heures; les caillots enlevés, un jet de sang artériel s'ensuit; l'artère tibiale postérieure mise à nu n'avait rien, on retira une grande quantité de sang coagulé, la tension du membre diminua. Un jet de sang artériel jaillit d'un vaisseau tout superficiel; ce vaisseau fut lié. Le tibia était fracturé. Le patient avait perdu beaucoup de sang, l'hémorrhagie durait toujours en dehors et en dedans, au sein des parties molles ; le membre se tuméfiait; douleurs pulsatives au milieu de la jambe; le pied et la jambe froids; le jour suivant, la tension augmente, amélioration. Forte hémorrhagie artérielle ; à la pression sur le membre, il sort de la jambe des caillots sanguins et de l'air. Le 9e jour, amputation de cuisse; guérison. La ligature fut trouvée sur la saphène, qui avait été prise pour l'artère. Les artères tibiales antérieure et postérieure étaient saines. L'artère *péronière* était ouverte à sa face

antérieure, et la branche qui traverse le ligament interosseux au-dessus des malléoles était complétement rompue.

Obs. XXXI. — *Fracture compliquée de jambe. — Hémorrhagie.— Ligature de la fémorale. — Amputation.*

(Baudens, *Gazette des Hôp.*, 1855, p. 127, obs. VIII.)

Soldat, qui reçoit un coup de pied de cheval au tiers supérieur de la jambe gauche, fracture les deux os. Plaie transversale de 3 travers de doigt; esquilles tibiales nombreuses sont enlevées. Le membre placé dans une gouttière, recouvert de charpie et de quelques morceaux de glace; état général bon jusqu'au 20e jour. A ce moment, une hémorrhagie artérielle en nappe; en allant à la recherche du vaisseau blessé, on découvrit une longue esquille implantée dans les parties *molles, du côté de l'artère tibiale postérieure.* 3 autres hémorrhagies se produisent presque coup sur coup. Baudens fait la ligature de la fémorale au tiers supérieur. Le péroné était consolidé, le tibia tardait un peu, lorsqu'un autre chirurgien, qui remplaçait Baudens, fit, une semaine après son départ, l'amputation de la jambe avec succès.

Obs. XXXII. —*Fracture du péroné par coup de feu. — Hémorrhagies secondaires. — Amputation. — Mort.*

(Marcano, thèse de Cauchois, 1873 : *Pathogénie des hémorrhagies secondaires*, p. 91.)

X... reçoit une balle de chassepot à la partie supérieure et externe du mollet droit : fracture comminutive du péroné ; esquilles dans le foyer de la fracture. Le fragment inférieur de l'os présente des dentelures et des irrégularités. Excellent état général. Pansement à l'alcool : potion cordiale. Le 10 avril, trois jours après la blessure, établissement de la suppuration. 19 avril, petit abcès au bord interne du mollet, voisin de l'orifice de sortie de la balle : on ouvre et on débride. Amélioration de l'état local, la plaie commence à se déterger. 27 avril, céphalalgie très-intense, frisson, 120 pulsations; agitation, soif vive, nuit mauvaise (1gr50 de sulfate de quinine). 28, nouveau frisson. 29, minuit, hémorrhagie très-intense par les deux orifices de la plaie : compression avec amadou; à 2 heures du matin, récidive de l'hémorrhagie. Perchlorure de fer. 2 mai, on ôte la compression. 4 mai, à la visite du matin, céphalalgie, inquiétude, frisson d'une demi-heure. On redoute le retour d'une hémorrhagie en raison de ces symptômes. En effet, celle-ci se montre avec abondance vers 4 heures du soir. Application de la pelote de J.-L. Petit sur la femorale. Perchlorure de fer intus et extra. 5 mai, retour à l'état normal, grande faiblesse; 7 mai, mêmes symptômes prémonitoires que précédemment, hémorrhargie à 2 heures après-midi, puis à minuit; 8 mai, on cherche à lier l'artère dans la plaie, aussitôt un vigoureux jet de sang inonde le lit. M. B. Anger se voit obligé de faire la ligature de la fémorale au-dessus de l'anneau du 3e adducteur. L'hémorrhagie s'arrête; 12 mai, écoulement du sang aux deux angles de la plaie de la ligature, application du compresseur de J.-L. Petit au pli inguinal; délire, anxiété, soubresauts tendineux; 14 mai, petite hé-

morrhagie s'arrêtant d'elle-même, faiblesse excessive; mort le lendemain.

Autopsie. — Fracture du péroné, cal en voie de formation, infiltration purulente de tout le mollet. La ligature de la fémorale tient encore faiblement. Au niveau de la ligature, on trouve une masse de tissu ramolli et gangréné, sorte de magma du milieu duquel émerge le fil de la ligature. Le bout supérieur est obstrué par un caillot adhérent; le bout inférieur ne contient qu'un petit caillot qui ne comble pas tout le calibre de l'artère; un espace existe entre le caillot et la paroi, espace par où le sang s'est fait jour. La veine fémorale accolée offre des parois épaissies, manifestement enflammées; sa portion correspondante à la ligature de l'artère est comblée par un assez gros coagulum. Les *artères jumelles sont* entourées de pus, communiquent largement avec le foyer de la fracture, sont enflammées; l'une d'elles présente une ouverture, sans doute la source des premières hémorrhagies.

Obs. XXXIII.— *Fracture de la jambe droite compliquée.— Résection.— Hémorrhagies consécutives.— Ligature de la fémorale. — Hémorrhagie foudroyante.*

(M. Schweich, int. de M. Verneuil, thèse de Machenaud; *Sur la ligature de l'artère fémorale*, p. 37.)

Fracture de la jambe droite compliquée de plaies. Inflammation phlegmoneuse, résection des fragments supérieurs du tibia et du péroné, drainage, hémorrhagies consécutives. Ligature de l'artère fémorale à l'anneau du 3e adducteur, suppuration de la plaie de la ligature, hémorrhagie foudroyante de la fémorale. La première hémorrhagie eut lieu au 20e jour, alors que la suppuration de la ligature était très-abondonte. On dut lier la fémorale. La plaie de la ligature vint aussi à suppurer avec des fusées purulentes; l'hémorrhagie foudroyante eut lieu au 26e jour. L'artère fémorale présentait dans son intérieur un caillot mollasse, non adhérent partout. Près de l'extrémité inférieure du bout supérieur, on constate une ulcération latérale par où s'est faite l'hémorrhagie. Oblitération des nombreuses veines dans la jambe, d'où difficulté de la circulation en retour et augmentation de la tension vasculaire du membre.

Obs. XXXIV. — *Fracture du péroné par arme à feu.— Hémorrhagie. — Ligature de la fémorale.*

(Par M. Lucas Championnière. (Inédite.)

X..., blessé en 1870 à la jambe droite par éclat d'obus. Depuis sa blessure, il n'avait cessé de perdre du sang par une plaie de la partie moyenne de la jambe, en arrière du tibia. Gonflement considérable de tout le membre. Le sang qui s'écoulait était rutilant, le malade était épuisé. La compression de la fémorale arrête l'écoulement; il était impossible de songer à continuer la compression digitale, l'état du membre ne permettait pas l'application d'un tourniquet. Je pratiquai immédiatement la ligature de la fémorale à l'anneau du 3e adducteur; l'hémorrhagie ne reparut plus, et le 6 janvier 1871, le blessé était en très-bonne

voie de guérison. La plaie de la ligature était fermée complétement. Le 13 décembre, deux jours après l'opération, le membre était beaucoup moins tuméfié, je reconnus la présence d'un corps étranger dans le mollet, et au moyen d'une autre ouverture je retirai un énorme fragment d'obus logé en arrière entre le péroné et le tibia, au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la jambe. Le péroné était fracturé, on voyait à nu les extrémités osseuses. Étant donnée la situation de la lésion, il était impossible que la *péronière n'eût été coupée en deux*. On ne peut dire si la tibiale postérieure avait été atteinte : c'était probable et possible. L'état du membre avait empêché de tirer quelque renseignement de l'exploration de la pédieuse. L'anémie était portée à un haut degré, il semblait que le malade eût subi des pertes énormes et fût près de succomber.

Obs. XXXV.— *Fracture de jambe par éclat d'obus.— Hémorrhagie. — Guérison.*

(Bœckel, *Gaz. médicale de Strasbourg*, 15 mai 1871.)

Blessure de jambe par éclat d'obus. Amputation de la jambe gauche, conservation de la jambe droite dont le tibia avait été écrasé. Abcès profond. Hémorrhagie par la plaie. Ligature sur place de la tibiale *antérieure*. Guérison.

Obs. XXXVI.— *Fracture du col du péroné par coup de feu au mollet.— Hémorrhagie.— Ligature de la crurale. — Guérison.*

(Gueury, *Mém. de méd. et de chirurg. militaire*, 3e série, t. V, p. 212.)

Irrigations froides. Douleurs fort vives; trajet de la blessure tuméfié et douloureux; suppuration assez abondante. Au 16e jour de la blessure, hémorrhagie artérielle, probablement du *tronc tibio-péronier*. Injection hémostatique; récidive de l'hémorrhagie. Ligature de l'artère crurale. Guérison en 92 jours.

CHAPITRE V.

ANÉVRYSMES.

La formation des anévrysmes dans les fractures est un fait relativement rare, mais qui a excité au plus haut point l'intérêt des chirurgiens. On en distingue deux variétés.. Le plus souvent la poche sanguine, bien que distincte du canal de l'artère et en communication avec la cavité du vaisseau, n'a pas de parois propres : c'est l'anévrysme diffus ou faux primitif. Dans quelques cas, très-rares, on a pu trouver un sac plus ou moins nettement isolé des parties voisines, un anévrysme circonscrit ou faux consécutif; quoi qu'il en soit, ces poches sanguines, avec ou sans parois plus ou moins définies, se séparent nettement des hémorrhagies interstitielles, des infiltrations sanguines qui ont été considérées un moment comme en faisant partie et que Cruveilhier, du reste, en distinguait depuis

longtemps sous le nom d'hémorrhagie cellulaire. La persistance, dans la cavité anévrysmatique, du cours du sang et partant la présence de signes cliniques analogues ou identiques dans les deux variétés d'anévrysmes, nous obligent à en séparer les hémorrhagies interstitielles, dans lesquelles le sang s'épaissit et, perdant sa vie propre, se coagule. Sans nous étendre plus longuement au sujet de cette distinction, que non-seulement l'anatomie pathologique, mais encore l'étude clinique confirme amplement, entrons sans plus tarder en matière.

J'ai pu recueillir 14 cas d'anévrysme dans les fractures de jambe. Tous ces faits sont loin d'avoir une égale valeur; nous les rapportons tous cependant, avec quelques détails; en voici la liste à partir de J.-L. Petit, dont l'observation, en 1723, ouvre l'histoire des lésions vasculaires dans les fractures : White, 1764 ; Gimès, 1784 ; Pelletan, 1806; Dupuytren, 1809 ; Delpech, 1815 ; Ed. Moore, 1829 ; Dupuytren, 1830 ; Henry et John Bell, sans indication de dates ; Oré, 1855 ; Verneuil, 1859. — Si, dans ce court abrégé historique, le mémoire de Dupuytren doit occuper une place saillante, que lui ont valu dans l'esprit des chirurgiens d'alors une étude complète des symptômes et l'application de sa méthode thérapeutique, la ligature à distance, il serait injuste de méconnaître les services qu'ont rendus les contemporains. L'application à cette lésion de la compression indirecte (Verneuil, 1855 et 1859), d'une part, et l'étude critique des indications des diverses méthodes thérapeutiques ont complété l'œuvre de Dupuytren.

A part l'artère nourricière du tibia (Oré), les gros troncs vasculaires de la jambe ont seuls été jusqu'ici le siége de cette lésion : la tibiale antérieure 6 fois (Withe, Gimès, Moore, Verneuil) ; la tibiale postérieure 2 fois (Dupuytren, Henry); la péronière une fois (Pelletan). On n'a pu déterminer avec précision aux dépens de quelle artère les anévrysmes étaient formés dans les autres observations. Comment sont déchirées les tuniques artérielles ? Ce fait serait très-intéressant à connaître ; il pourrait expliquer la formation de l'anévrysme. Malheureusement nous n'avons à ce sujet aucun détail. Bien qu'on ait fait la dissection dans quelques cas de ces tumeurs anévrysmatiques, il est encore difficile d'arriver à quelques données bien précises sur leur constitution anatomique. — Moore, qui a été obligé d'amputer son blessé le 36e jour après l'accident, a trouvé sur la tibiale antérieure un sac anévrysmal de la grosseur d'une amande, qui était déchiré par le fragment inférieur du tibia. Il était mince, rougeâtre, très-friable; l'ouverture du vaisseau était ovale, lisse, arrondie sur ses bords et laissait passer une sonde. Sur le blessé de Pelletan, dans des circonstances analogues et vers le 30e jour, le sac qui était sur le trajet de la

péronière, était limité en arrière par le soléaire, sur les côtés par les muscles profonds de la cuisse; il s'étendait en avant sur la membrane interosseuse, qni avait été déchirée par les fragments. Il était rempli de caillots, le calibre du vaisseau était libre au-dessus de sa déchirure, au-dessous, il avait entièrement disparu. Le sac avait été déchiré par les fragments pointus du péroné, le tibia était consolidé. Voilà ce qu'il y a de plus positif sur le sac, sa constitution, ses rapports, ses prolongements (obs. Pelletan). Le contenu est toujours du sang liquide. Nous ne possédons aucune recherche anatomique sur les transformations ultérieures de ces tumeurs anévrysmatiques. Les changements qu'un sac ainsi formé peut subir n'ont été signalés jusqu'ici que par les cliniciens ; nous y reviendrons. La plupart de ces anévrysmes ne semblent acquérir que petit à petit un véritable sac, ce n'est que graduellement qu'ils s'élèvent à ce haut degré d'organisation qui les sépare des hémorrhagies interstitielles pulsatiles.

L'étude étiologique des anévrysmes dans les fractures est difficile, leurs causes plus ou moins directes sont, en effet, assez variées et complexes ; dans le traumatisme originel ou même en dehors de lui, des circonstances multiples semblent jouer un certain rôle. Ecrasement par roue de voiture (Oré, Delpech); chûte d'un lieu plus ou moins élevé (Pelletan, Dupuytren, Moore), telles sont les causes les plus ordinaires des fractures qui les accompagnent. Dans d'autres circonstances, c'est un cavalier emporté par son cheval, dont la jambe vient heurter le brancard d'une voiture pesamment chargée (Verneuil); c'est cet homme qui, essayant de relever une charrette trop chargée en arrière, fut renversé sous cet énorme fardeau; la jambe droite supporta presque tout le poids (Gimès). Là encore c'est le fait d'un chef d'escadron, Gombaut, recevant dans la jambe une balle d'un pistolet d'arçon qui y détermine un séton avec fracture du péroné, et ce n'est pas le seul cas en apparence bizarre de la formation d'un anévrysme dans une fracture compliquée de plaie. Le résultat de pareilles violences a été, daus la plupart des cas, la fracture des deux os de la jambe ce n'est cependant pas une règle absolue. Sur le blessé de Gimès, le tibia était seul fracturé, comme sur le chef d'escadron Gombaut, le péroné seul aussi.

On retrouve ici toutes les variétés possibles de fractures obliques dans quelques faits (Dupuytren, Oré, Pelletan); elle est tantôt transversale (Gimès), tantôt comminutive (Delpech), ou bien encore esquilleuse (White).

L'action de la violence peut se traduire par la production presque immédiate de la tumeur anévrysmale. Dans les observations de Dupuytren, Delpech, Verneuil, la tumeur anévrysmatique se pro-

duisit le premier jour après la fracture. Au point de vue pathogénique, comment comprendre la formation des anévrysmes immédiats ? La condition fondamentale paraît être la béance permanente du vaisseau blessé. Pour l'extirper, il faut supposer une plaie latérale du vaisseau, une lésion, en un mot, qui n'a pas permis la rétraction des tuniques. Peut-être les artères de la malade de Dupuytren, âgée de 62 ans, étaient-elles athéromateuses. Les auteurs ne donnent malheureusement aucuns renseignements sur l'état des artères; leur dégénérescence si fréquente à la jambe doit singulièrement faciliter de pareilles lésions, par le défaut de contractilité et de rétraction des tuniques.

Dans une autre série assez importante, la tumeur anévrysmale ne parut, en général, que du 30e au 42e jour (White, six semaines; Pelletan, 25e jour; Oré, six semaines; J. Bell, six semaines; Gimès, 30e jour ; Moore, 36e jour). Comment expliquer cette différence importante? La présence d'une esquille agissant lentement sur les parois artérielles en a été la cause (White). Ce fait pourrait rentrer dans la classe de ces anévrysmes que M. Broca décrit comme anévrysmes secondaires ; parmi ceux-ci le savant professeur range : 1° les anévrysmes consécutifs à la ligature ; 2° les anévrysmes consécutifs à un abcès périartériel (fait si intéressant de Mackmurdo et de Statford).

Lorsqu'au contraire la plaie artérielle se cicatrise plus ou moins bien et qu'elle vient à se dilater sous l'influence de la tension sanguine, l'anévrysme faux consécutif est formé. L'apparition presque toujours à la même date, entre le 30e et le 40° jour, époque où généralement, dans les fractures simples, on lève l'appareil pour savoir où en est la consolidation, est à remarquer. Faut-il expliquer cette apparition par la *formation brusque* d'un anévrysme au moment où la compression du bandage est levée (fait de Pelletan, au moment où l'appareil fut enlevé, le membre grossit d'un sixième dans les quatre heures suivantes)? Lorsque encore le blessé marche prématurément, n'imposerait-il pas à la faible cicatrice du vaisseau une surcharge, une tension trop considérable ? J. Bell nous dit que quand son malade a marché, il observa une tumeur derrière le cou-de-pied.

Si la suppuration entrave la réparation des plaies, si la fièvre septique, à des degrés divers, entrave toute la nutrition, on ne peut être étonné de voir survenir une destruction de l'hémostase et par hémorrhagie secondaire se produire un anévrysme. Les observations de Gimès, de Moore, de Macleod appuient ce point de vue. Le blessé de Macleod était, en outre, atteint de scorbut.

L'*étude symptomatologique* n'est pas moins intéressante. Le début de la lésion varie suivant les cas. Lorsqu'un anévrysme s'établit

immédiatement après une fracture, dans les 24 ou 48 premières heures, le membre blessé est extrêmement tuméfié. La jambe, dit Delpech, est énormément engorgée. La peau acquiert une couleur marbrée : ce sont les signes de l'infiltration sanguine qui accompagnent la formation de la tumeur anévrysmale (Delpech, Dupuytren, Verneuil). Lorsque la fracture est compliquée de plaie, on a observé avant l'apparition de la tumeur des hémorrhagies secondaires (Gimès, du 17e au 25e jour; Moore, du 36e jour; Macleod, au 5e), ou bien encore des douleurs continuelles (15e au 30e jour, Pelletan). Si l'anévrysme est consécutif et se présente sans complication de plaie, la lésion se traduit par des signes purement locaux.

Ces diverses espèces d'anévrysmes s'accompagnent, dans leur période prodromique, de symptômes un peu différents, en rapport avec leur origine ; mais à leur période d'état, rien ne les distingue plus les uns des autres. L'anévrysme se montre généralement sous la forme d'une *tumeur*, ce n'est pas cependant la règle : dans quelques cas, on observe une simple tuméfaction plus ou moins volumineuse, rénitente le plus souvent. Pelletan a éprouvé, en y recherchant la fluctuation, une espèce de *frémissement* qui augmentait et diminuait alternativement. La *fluctuation* est, en général, manifeste.

Les *mouvements* de *dilatation* et de *resserrement*, les *mouvements d'expansion*, sont plus ou moins perceptibles ; parfois sensibles à la vue et au toucher, et isochrones aux battements du pouls (Dupuytren, Delpech, Verneuil). Henry notait aussi une particulière agitation du membre ; Oré, sur son blessé, remarquait qu'il n'y avait ni expansion ni soulèvement. L'*auscultation* a été rarement appliquée à ces tumeurs vasculaires. Sur le blessé d'Oré, on entendait un bruit de souffle râpeux, unique, très-dur à la partie inférieure de la tumeur ; à trois travers de doigt plus haut, on percevait très-nettement deux bruits de souffle distincts dans un espace circonscrit, correspondant à la solution de continuité du tibia, le premier plus fort que le second. M. Verneuil « a cru percevoir aussi un bruit de souffle » ; Henry signale un bruit, en même temps que la particulière agitation du membre.

La *compression de la fémorale* supprime les battements, qui deviennent plus ou moins obcurs, selon que la compression est plus ou moins forte. Dans le fait d'Oré, la compression au-dessous et audessus de la tumeur n'en changeait pas le volume. Ce fait important pouvait indiquer que les vaisseaux qui alimentaient la tumeur étaient incompressibles ; par là même, on devait être amené à songer à une collection sanguine formée par l'artère nourricière du tibia ou ses branches.

Seuls, Henry et M. Verneuil ont constaté l'absence du pouls dans le tronçon inférieur de l'artère blessée.

Quelle *marche* suivent les anévrysmes dans les fractures de jambe? La guérison spontanée, au point de vue général des anévrysmes, ne semble pas être rare. Cruveilhier s'exprime en ces termes à ce sujet (*Anat. path.*, I, p. 8, 1849) : « J'ai senti des pulsations dans des membres fracturés et considérablement tuméfiés; cependant la résorption s'est effectuée et la guérison a eu lieu comme dans le cas de fractures simples. » M. Broca, si compétent en pareille matière, partage, dit M. Verneuil, l'opinion de Cruveilhier. M. Broca a même recueilli un certain nombre de faits analogues à l'observation de M. Verneuil (1859); et, sauf un cas où un anévrysme diffus s'est définitivement organisé, la guérison spontanée s'était toujours effectuée. Henry a vu, à son tour, chez son malade, les symptômes mentionnés précédemment disparaître petit à petit, mais le pouls ne reparut pas. Withe fut moins heureux : l'anévrysme qu'il observa s'ouvrit spontanément, il y avait une esquille. Pelletan, Moore virent chacun un fait analogue; les extrémités pointues du péroné, pour le premier, du tibia, pour le second, avaient déchiré la tumeur anévrysmale.

Le *diagnostic* ne présente pas de réelles difficultés. Cependant un surgeon de Gand appliqua un caustique sur une tumeur anévrysmale du cou-de-pied, puis y fit une incision. Une hémorrhagie formidable mit tellement bas son malade, qu'il mourut deux jours après. Une pareille ignorance ne serait plus excusable. Sera donc un anévrysme toute tumeur plus ou moins nette, fluctuante, animée de frémissements, de mouvements de dilatation et de resserrements plus ou moins sensibles à la vue ou au toucher, isochrone aux battements du pouls, et dans laquelle l'oreille percevra un léger bruit de souffle, unique le plus souvent, rarement double (Oré). Tous ces signes ne sont cependant pas toujours réunis, et il est des circonstances où le diagnostic peut errer plus ou moins. Oré avait cru à un anévrysme artérioso-veineux ; Chaumet, professeur à Bordeaux, avait pensé, pour le même fait, à une transformation érectile du tissu osseux au niveau de la fracture. Le siége de la tumeur anévrysmale, l'absence du pouls dans la portion inférieure du vaisseau correspondant, pourront faire savoir si c'est la tibiale antérieure ou postérieure à laquelle on a affaire.

Le *pronostic* n'offre pas, à beaucoup près, la gravité qu'il présentait au commencement de ce siècle. Il semblait grave à cette époque, et il l'était tellement, avec les ressources thérapeutiques si limitées qu'on possédait alors, que presque toujours on arrivait à l'amputation. Depuis l'introduction de la compression dans le traitement de cette lésion, le pronostic est singulièrement

amélioré, Il faut cependant se rappeler ici quelques faits malheureux : la déchirure du sac anévrysmal par des fragments aigus (White, Pelletan, Moore) ; une hémorrhagie foudroyante, ou tout au moins très-périlleuse, une infiltration sanguine dans les tissus peut encore être à craindre. Nous avons attiré l'attention du lecteur sur les inconvénients d'une décompression trop brusque, de mouvements musculaires inconsidérés, d'une tension trop considérable imposée à la cicatrice vasculaire par la marche trop prématurée.

Le *traitement* de cette complication si sérieuse des fractures de jambe prête à des considérations de la plus haute importance. Heureusement cette question a été traitée avec tous les développements qu'elle mérite par M. le professeur Verneuil. Aussi, dans ce chapitre, ferons-nous de fréquents emprunts au Rapport qu'il présenta à la Société de chirurgie en 1855 [1], sur l'observation d'Oré. On peut ranger avec M. Verneuil les méthodes curatives proposées pour le traitement des anévrysmes sous deux chefs : *méthodes sanglantes*, *méthodes non sanglantes*.

Méthodes sanglantes.

1° L'*amputation* a été faite 3 fois sur 11 cas ; l'opéré de Pelletan est mort de pyémie, celui de Moore a guéri ; quant à celui d'Oré, son sort ultérieur n'est pas indiqué. Si l'on cherche dans ces observations les indications auxquelles ont obéi les auteurs, on trouve fort peu de renseignements. Pelletan a amputé son blessé vers le 30e jour ; la consolidation de la fracture était presque achevée lorsqu'on enleva définitivement le bandage ; mais la tuméfaction fluctuante, que l'on avait constatée 15 jours auparavant, augmenta tout aussitôt, en haut et en bas, d'un sixième environ en quatre heures de temps. Rien dans ces phénomènes n'indique la nécessité absolue de sacrifier le membre. L'amputation est plus justifiable dans le fait qu'observa Moore : il fut obligé d'amputer pour une hémorrhagie secondaire. La compression aurait pu être appliquée avec succès au fait d'Oré.

Actuellement, la *compression* d'abord, la ligature de la fémorale à la rigueur suffiraient pour éviter au blessé le sacrifice du membre, et les risques qu'une amputation peut entraîner. Pour M. Verneuil, l'amputation n'est commandée que par les complications primitives ou les désordres consécutifs, avec cette réserve que l'amputation par le procédé Larrey pourrait, dans la plupart des cas, remplacer l'amputation de cuisse. En somme, comme Dupuytren l'indiquait déjà, l'amputation est un moyen plus simple, plus expéditif de sor-

[1] Voir *Union médicale*, 1855, p. 75.

tir d'embarras ; mais il faut compter avec la privation du membre et les dangers de l'opération.

2° White, en 1764, fit l'*ouverture du sac avec tamponnement* (*voir* obs. XXIII) ; après une série d'accidents divers, son blessé finit par guérir.

3° La *double ligature au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle.* Cette méthode fut appliquée en 1788 par Gimès, le premier, à la cure d'un anévrysme de la tibiale antérieure, bien longtemps avant que Pasquier (1812) l'eût employée. Son blessé guérit et commençait à marcher le 73e jour après la fracture. Gimès fit sa double ligature en des conditions qui la rendent assez acceptable. Tout d'abord la fracture était compliquée de plaie ; l'anévrysme s'était formé dans la plaie même. En tout cas, il ne pourrait être question d'ouvrir le foyer d'une fracture simple.

4° *Ligature à distance.* Dupuytren (1809) inaugure cette méthode en faisant valoir à la fois contre l'amputation la grandeur du sacrifice et ses dangers. Dupuytren fit 2 fois cette opération, Delpech une fois. Dans les 3 cas, le succès fut complet. La supériorité de cette méthode semble évidente. Quelles difficultés, dit Dupuytren, lorsqu'on veut lier le vaisseau dans le foyer même de la fracture ; tout est déplacé, altéré ; l'incision locale, en outre, ajoute-t-il, expose le malade à toutes les suites qu'entraîne ordinairement l'ouverture du foyer d'un épanchement sanguin et d'une fracture compliquée. Netteté, précision, inocuité relative, tout semblait réuni dans cette nouvelle méthode, dont l'inauguration brillante avait vivement frappé l'esprit des contemporains.

Cependant, elle avait aussi ses dangers et ses inconvénients : Delpech, en effet, put craindre un instant la gangrène après la ligature de la fémorale. Le membre s'était refroidi, la sensibilité avait diminué, la jambe était engourdie ; le 2e jour, cependant, la sensibilité reparut, la température normale se rétablit. Un autre effet, assez curieux, c'est le retard qu'éprouve la consolidation de la fracture sur un des blessés de Dupuytren : la consolidation ne fut complète que le 4e mois. Delpech ne trouva le cal solide que vers le 61e jour.

La création d'une seconde plaie, même à distance de la fracture, rend le pronostic plus grave, comme le remarque M. Verneuil, et le succès plus douteux. Enfin, fait décisif, l'heureuse application de la compression que M. Verneuil a faite à la cure de ces anévrysmes nous amène à lui préférer cette nouvelle méthode, beaucoup plus simple, infiniment moins dangereuse.

Méthodes non sanglantes.

La *compression*, soit *digitale* et exercée par le médecin, ses assistants ou le malade lui-même (Verneuil), soit *mécanique* ou encore simplement faite avec un sac de plomb, offre une simplicité incomparable et une innocuité parfaite. En quatre à cinq semaines, le blessé de M. Verneuil fut complétement guéri.

L'*expectation* n'a pas encore été utilisée comme méthode thérapeutique, mais la guérison spontanée de certains anévrysmes de cette espèce (Cruveilhier, Broca, Henry) montre bien tout le parti qu'on pourrait en tirer dans quelques anévrysmes peu étendus.

En résumé, la méthode générale est et demeure la compression ; les autres méthodes : ligature locale des deux bouts du vaisseau si la fracture est compliquée, amputation, ne doivent être considérées que comme exceptionnellement indiquées.

Obs. XXXVII. — *Fracture simple. — Anévrysme diffus. — Ouverture spontanée. — Tamponnement, etc. — Guérison.*

(Ch. White, *Cases in Surgery with remarks*, London, 1770, VIII, p. 141.)

X..., fracture de jambe. 6 semaines après la blessure, tumeur entre le tibia et le péroné, à la partie antérieure de la jambe. Elle s'ouvrit enfin ; violente hémorrhagie. White allait amputer ; il reconnut un *anévrysme de l'artère tibiale antérieure*, fendit la tumeur, qui était remplie de caillots, trouva avec le doigt une esquille longue d'un pouce, fine comme une aiguille, l'enleva, et ne pouvant lier le vaisseau, vu sa situation profonde, tamponna la plaie avec un morceau d'éponge, maintenu en place par quelques tours de bande. Quelques jours après, seconde hémorrhagie à un autre endroit. White, avec un étroit scalpel, sectionna l'artère et tamponna tout l'espace interosseux. Les caillots sanguins entre les muscles causèrent quelque suppuration. Guérison.

Obs. XXXVIII. — *Fracture compliquée. — Anévrysme. — Ligature de la tibiale. — Guérison.*

(Gimès. *Journal de méd. et de chir.*, 1788, t. LXXVI, p. 71.)

P..., 45 ans, en essayant de relever une charrette trop chargée en arrière, fut renversé sous cet énorme fardeau ; la jambe droite supporta presque tout le choc. 17 jours après la fracture, hémorrhagies qui se répétèrent assez fréquemment. Infiltration considérable de sang dans toute la jambe et le pied et quelques phlyctènes autour d'une plaie contuse, située au tiers inférieur et interne de la jambe. Le tibia dénudé ; incision dans toute l'étendue de la dénudation osseuse ; une fracture transversale du tibia avec léger déplacement suivant l'épaisseur ; le péroné n'était pas fracturé. Charpie dans la plaie ; compresses graduées maintenues par un bandage assez serré. Les hémorrhagies s'arrêtèrent. *Blessure probable de l'artère tibiale antérieure* par les fragments. L'événement confirma le diagnostic. Vers le 30ᵉ jour après la

blessure, tumeur anévrysmatique dans la plaie, sur le trajet de cette artère. Aussi après avoir consulté quelques-uns de ses collègues, Gimès plaça un tourniquet sur l'artère fémorale et fit la ligature de la *tibiale antérieure* dans le tiers inférieur de la jambe, au-dessus et au-dessous de la blessure de l'artère. Suppuration ichoreuse, fétide, aspect gangréneux. Guérison très-rapide; petits abcès. 73 jours après, le malade se lève.

Obs. XXXIX. — *Fracture de jambe. — Anévrysme. — Amputation. — Mort.*

(*Obs.* de Pelletan. — *Clinique de* Dupuytren.)

C..., 55 ans; dans une chute, fracture au tiers moyen. Le fragment supérieur fait saillie en avant, il soulève la peau; le péroné est fracturé au même point. Réduction maintenue par un bandage à 18 chefs. Les fragments ont une tendance manifeste au déplacement. Vers le 15e jour, douleurs dans le mollet; quelques jours après, une tuméfaction avec résistance et coloration bleuâtre se manifeste à la partie moyenne de la jambe; à la partie antérieure et postérieure de la jambe, frémissement qui augmente et diminue alternativement. Amputation. L'autopsie de la jambe permet de reconnaître que l'anévrysme provenait de l'*artère péronière*. Le malade mourut de pneumonie traumatique. Le sac limité, en arrière, par les soléaires, sur les côtés, par les muscles profonds de la cuisse, s'étendait en avant, à travers la membrane interosseuse déchirée par les fragments; il était couvert par le muscle tibial antérieur et l'extenseur propre du gros orteil et rempli de caillots; l'origine en était dans l'artère péronière, au niveau de la fracture du péroné, dont les fragments pointus l'avaient déchirée d'une manière très-inégale. Le calibre du vaisseau était normal au-dessus de sa déchirure; au-dessous il avait tout à fait disparu. La fracture du tibia était déjà consolidée.

Obs. XL. — *Fracture simple. — Anévrysme diffus. — Ligature de la fémorale. — Guérison.*

(Dupuytren, t. IV, p. 614, 1834.)

Femme de 62 ans; faux pas et chute. Fracture des os de la jambe à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de leur longueur; oblique, avec déplacement des fragments en avant et en arrière, et déformation du membre; tuméfaction et tension très-forte des parties molles. Le jour suivant, on aperçoit dans le mollet de très-forts et très-larges mouvements de dilatation et de resserrement, sensibles à la vue, au toucher, et isochrones à ceux du pouls; la compression sur la fémorale les faisait disparaître; ils reparaissaient tout aussitôt, si on la cessait. Ligature de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse. La température et la sensibilité du membre ne furent pas un seul instant altérées; les collatérales du genou se dilatent à partir du 5e jour; le 6e jour, le membre diminue de volume d'environ un tiers. Le gonflement disparaît; la ligature tombe le 15e jour. La consolidation fut longue, le cal était encore peu consistant à la fin du second mois; il ne parut tout à fait solide qu'à la fin du 4e mois. L'anévrysme siégeait probablement

sur la tibiale *postérieure* et avait été produit par le fragment inférieur du tibia dirigé en arrière.

Obs. XLI. — *Coup de feu. — Division d'une des artères de la jambe. — Ligature de la fémorale. — Guérison.*

(Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 529.)

X... reçoit un coup de pistolet d'arçon qui traverse la partie supérieure de la jambe droite, d'avant en arrière, entre le tibia et le péroné, qu'elle entame légèrement; hémorrhagie des plus violentes; appareil compressif appliqué aux deux plaies; arrêt du sang. La jambe se tuméfie, douleurs vives, suivies d'un engourdissement; un anévrysme, reconnaissable à des mouvements de resserrement et de dilatation isochrones aux battements du pouls. Le tourniquet de Petit, appliqué sur la fémorale, supprime les battements; enfin la tumeur se développa. 1re hémorrhagie le 13e jour. Elle se renouvela. La ligature locale était impratiquable; l'amputation de cuisse n'était pas sans danger ; la ligature de la fémorale fut faite, et au bout de 6 semaines, toutes les plaies étaient cicatrisées.

Obs. XLII. — *Fracture. — Déchirure d'une artere par une esquille. — Anévrysme diffus. — Ligature de la fémorale. — Guérison.*

(Delpech, *Chirurgie clinique*, Montpellier, 1823, t. I.)

Un postillon, 30 ans, en état d'ivresse, est surpris pendant le sommeil par une charrette; écrasement de la jambe gauche. Jambe énormément engorgée, couleur marbrée, fracture comminutive. La tuméfaction de la jambe est accompagnée de battements très-distincts, particulièrement vers le mollet, mais sensibles dans toute la circonférence du membre et conformes au rhythme du pouls. Les battements cessaient ou devenaient plus obscurs selon que la compression sur l'artère fémorale était plus ou moins forte. Le membre fut placé dans un appareil à fractures compliquées. Le lendemain, souffrances vives par la distension générale de la jambe et par le sentiment de battements obscurs et profonds : un peu de fièvre. La jambe, plus volumineuse, ecchymosée dans toute sa longueur ; les pulsations de la partie moyenne aussi évidentes que la veille. La sensibilité obscurcie. Ligature de la fémorale au pli de l'aine. Le membre, environné de flanelles, fut d'abord engourdi; sensation de froid dans le membre. Le 2e jour, la jambe était plus consistante au lieu où avaient existé les pulsations ; la température et la sensibilité avaient reparu. Le 4e jour, quelques phlyctènes se présenterent au point fracturé, qui avait été fortement contus; la plaie de cuisse fut réunie le 6e jour. Le 25e jour, la résorption du sang était déjà très-dessinée. Enfin, au 92e jour le malade marchait.

Obs. XLIII. — *Fracture compliquée — Anévrysme. — Amputation. — Guérison.*

(Ed. Moore, *The Lancet*, 1829-30, vol. II, p. 841.

B..., 18 ans, tombe d'une hauteur de 40 pieds; diverses plaies de la tempe, du coude, etc., la lésion capitale était une fracture compliquée

de la jambe gauche, deux pouces au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Le tibia faisait une saillie de 2 pouces à travers le pantalon; complètement dénudé de périoste; le pied formait un angle aigu avec la jambe. Tentatives de réduction sans succès. Résection de l'extrémité du fragment, d'environ 3/4 de pouce. Gouttière et plus tard l'appareil de Hagedorne. 4 semaines après, un abcès fut ouvert au côté externe de la jambe. Le 36e jour, hémorrhagie artérielle, qui se renouvela à plusieurs reprises. Amputation.

A l'autopsie du membre, un commencement d'ossification sur les os; la partie dépouillée du périoste en train de s'exfolier. En injectant de l'eau dans les vaisseaux, on vit le liquide s'écouler par l'artère tibiale *antérieure*. Sur ce vaisseau, un sac anévrysmal, de la grosseur d'une amande, qui était déchiré par le fragment inférieur du tibia. Le sac, mince, rougeâtre, très-friable. L'ouverture du vaisseau dans le sac, ovale, lisse, arrondie sur les bords, laissait passer une sonde. Guérison au bout de 42 jours.

Obs. XLIV. — *Fracture. — Anévrysme. — Ouverture directe. — Mort.*

(J. Bell, IV, 403, *Principales of surgery.*)

X..., jambe cassée, bandage usuel. La cure s'accomplit dans le temps habituel. Mais quand le jeune homme commença à marcher, tumeur *derrière le coup de pied*. Le médecin appelé, ignorant la nature de la maladie, y applique un caustique; quand il ouvrit l'eschare, le sang fit irruption avec une telle impétuosité qu'il fut arrêté avec grande difficulté. Syncope immédiate et mort 2 jours après.

Obs. XLV. — *Anévrysme traumatique. — Guérison.*

(Henry, Voir *Holme's surgery*, t. III, p. 44.)

Blessure de l'artère *tibiale postérieure* sur un jeune garçon qui avait une fracture simple de la jambe; le diagnostic reposait sur l'absence de pouls dans l'artère et la présence de bruits avec une particulière agitation du membre. Guérison au bout de 2 mois environ; les symptômes mentionnés disparurent graduellement, le pouls ne reparut pas dans ladite artère.

Obs. XLVI. — *Fracture compliquée. — Anévrysme.*

(Ore, *Union médicale*, 1855. p. 75. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858, 1859, t. IX.)

X..., renversé par une charrette, fracture complète, mais simple des deux os. Un appareil appliqué est levé après 6 semaines. Le malade s'aperçoit, 6 semaines après, qu'une tumeur volumineuse s'est formée à la partie externe du membre. Tuméfaction considérable de la jambe gauche, empâtement prononcé autour des malléoles. Mouvements entièrement abolis. Consolidation de la fracture incomplète. Tumeur commençant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de la malléole externe, contournant la face postérieure de la jambe, se terminant à la partie supérieure de sa face interne, fluctuante, sans expansion, ni soulèvement; elle ne change pas de volume par la compression exercée soit au-dessus, soit au-dessous d'elle.

A la partie inférieure et externe, bruit de souffle râpeux, unique, très-dur, et à 3 travers de doigt plus haut, dans un espace circonscrit, correspondant à la solution de continuité du tibia, deux bruits de souffle distincts, le premier plus fort que le second (Plan incliné et appareil de Scultet).

Au bout de 15 jours, la partie supérieure et interne de la tumeur devient le siége de douleurs aiguës, augmentées encore par la pression et s'accompagnant de chaleur à la peau et de fréquence de pouls. Ponction suivie d'un écoulement sanguin considérable : le sang présente une couleur tenant le milieu entre celle du sang artériel et du sang veineux. On comprime la fémorale. Contre-ouverture à la partie supérieure du foyer.

Le 28 juin, nouvelle hémorrhagie, arrêtée par la compression de la fémorale; bruits de souffle persistants. En changeant le malade de place, on s'aperçoit que, par suite du déplacement des fragments, le double bruit est notablement affaibli, que le second a presque disparu. Amputation de cuisse.

Dissection du membre : fracture très-oblique du tibia à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Entre les fragments passe un vaisseau important; les deux fragments du péroné sont réunis par du tissu fibreux dense. La tibiale antérieure est deux fois comprimée en passant dans la fissure formée par le tibia; la péronière est coudée à angle droit et comprimée par le fragment inférieur; l'artère nourricière du tibia s'ouvre à l'extrémité du fragment par de nombreuses branches. La tibiale postérieure est saine; l'hémorrhagie provenait de l'artère nourricière du tibia.

Obs. XLVII. — *Fracture simple. — Anévrysme. — Compression. — Guérison.*

(Verneuil. *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 167.)

X..., tonnelier, 32 ans. Il montait un cheval fougueux, qui vint se jeter sur une voiture pesante. La jambe gauche du cavalier heurta contre le bout du brancard. Douleur très-vive ; 20 heures après l'accident, la jambe est tuméfiée, luisante, tendue; le gonflement dur, résistant, dépasse le genou, double presque le volume du pied : par places, coloration bleuâtre. Le tibia est fracturé au tiers inférieur avec tendance marquée au déplacement dans le sens antéro-postérieur. La fracture du péroné plus difficile à reconnaître. Le fragment inférieur du tibia se termine en V renversé. Battements isochrones à ceux du pouls, accompagnés d'expansion très-appréciable au toucher et à l'œil, le tout siégeant à la région antéro-externe de la jambe, entre le tibia et le péroné, au niveau de la fracture et dans une étendue verticale de près de 3 pouces. En ce point, pas de tumeur proprement dite. La compression de la fémorale fait cesser tous les phénomènes; bruit de souffle léger. Réduction de la fracture, gouttière, diminution du gonflement, ecchymose dans presque toute l'étendue du membre. Même phénomène d'expansion et de battement; état général excellent, tendance marquée au déplacement; pas de douleurs vives. (Appareil de

Scultet jusqu'au 21); à cette date, le gonflement a disparu, on retrouve les battements et l'expansion.

Le 26, on sent nettement le pouls dans l'artère tibiale postérieure et la pédieuse.

Le 4 février, les battements sont plus forts que jamais, le malade comprime sa fémorale.

Le 7 février, quelques élancements à la partie externe de la jambe, semblables à ceux que l'on a signalés quand le sang paraît se coaguler dans le sac anévrysmal. Les battements faiblissent. Sac de plomb sur la fémorale. Les battements disparaissent peu à peu. La consolidation osseuse retardée reprend sa marche ; elle est complète au bout de 75 jours environ.

Obs. XLVIII. — *Fracture de jambe. — Amputation.*

Macleod, *Surgery of the Crimean war.* These de Cauchois sur la pathologie des hémorrhagies traumatiques secondaires, p. 128, 1773.)

Un soldat, à peine convalescent d'une fièvre et d'un scorbut antérieurs, reçut le 18 juin un coup de feu qui traversa la jambe gauche de dehors en dedans et d'avant en arrière : fracture du péroné et de la crête du tibia. Tuméfaction du membre, qui céda bientôt à un traitement approprié.

Au 5e jour, hémorrhagie secondaire d'intensité moyenne par les deux ouvertures (compression de l'artère poplitée, combinée avec les réfrigérants et la position élevée du membre).

Au 8e jour, suppuration intermusculaire abondante, nécessitant plusieurs incisions.

Au 9e jour, on constate l'existence d'une tumeur pulsatile sur le côté de la jambe (anévrysme faux consécutif). Le même jour, hémorrhagie par les deux blessures.

Dans la nuit du 11e jour, 3e hémorrhagie secondaire, plus abondante que les deux premières. (Application du tourniquet.) Symptômes généraux graves, faiblesse du pouls. Amputation.

Examen du membre : artère *tibiale antérieure* lésée à un pouce au-dessous de son origine; elle était le siége de l'anévrysme, qui communiquait avec les deux orifices du séton.

Obs. XLIX. — *Fracture de jambe. — Anévrysme. — Guérison.*

(Billroth, *Pathol. chirurg. générale,* p. 157.)

Homme. Fracture de jambe sans lésion de la peau. Gonflement considérable, pulsations très-sensibles à la face *antérieure de la jambe,* avec bruissement très-évident. La jambe entourée de bandes et d'attelles, la tumeur allait graduellement en diminuant et présentait des pulsations de plus en plus faibles, entièrement dissipées 15 jours après la lésion. L'anévrysme avait été guéri par la compression exercée par l'appareil.

Obs. L. — *Fracture compliquée. — Anévrysme traumatique. — Conservation. — Guérison.*

(Azam, *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux*, t, IV, p. 310.)

X..., facteur, 42 ans, coup de pied : fracture des deux os de la jambe droite, du tibia au niveau des malléoles, du péroné à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen; petite plaie au niveau de la malléole externe (Appareil de Scultet).

8 jours après, l'appareil s'étant relâché, le membre fut mis à découvert : deux tumeurs, l'une au-dessus de la malléole interne, l'autre au niveau du point ou le péroné a été fracturé. Toutes deux, molles et fluctuantes; la première ne contient manifestement que du sang épanché. La seconde présente des battements et un bruit de souffle manifeste; sa dimension est celle d'une demi-orange. Anévrysme de la *tibiale antérieure* (Nouvel appareil de Scultet).

Le blessé, très-intelligent, se charge du soin de faire la compression digitale incomplète et intermittente de la fémorale sur le pubis. Il commence le 2 août, et a soin de noter, par écrit, le temps employé à la compression pendant les 24 heures.

Voici le tableau qu'il nous a remis :

Le 2 août, la compression a duré 12 heures.

Le 3, 12 heures.

Le 4, 10 heures.

Le 5, 8 heures.

Le 6, 10 heures. Le tracé sphygmographique, comparé avec celui obtenu précédemment, est encourageant; les battements ont diminue d'intensité, le volume de la tumeur semble aussi se réduire un peu.

Le 7, compression pendant 10 heures.

Le 8, pendant 10 heures.

Le 9, pendant 10 heures.

Les 10, 11, 12, 13, pendant 8 heures.

Le 14, douleur atroce dans le pied et dans la tumeur. L'appareil est immédiatement enlevé : on reconnaît alors que la tumeur a diminué et que les battements sont presque insensibles. Le bruit de souffle a disparu presque en entier ; amélioration considérable, guérison presque complète; la compression maintenue cependant 3 à 4 heures par jour. Diminution considérable de la tumeur, du souffle et des battements; un mois après, la guérison de l'anévrysme était définitive et complète.

La consolidation de la fracture nécessite quelques jours encore; 2 mois après, la guérison ne s'était pas démentie [1].

[1] M. G. Laurent, dans une nouvelle these. parue un an après notre travail des anévrysmes compliquant les fractures (1874), donne 19 observations de ce genre. Tout d'abord, je dirai que 3 d'entre elles m'ont semblé devoir être rangées dans d'autres chapitres . ce sont nos obs. V, VII, XXIII. Quant aux observations de Lisfranc (*Clin. chir. de la Pitié*, 1841, t. I, 331) et de Duvernay (*Traité des maladies des os*, Paris, 1851, t. I, p. 407), ce sont deux faits que nous ne croyons pas davantage devoir ranger parmi les anévrysmes; nous ne

CHAPITRE VI.

GANGRÈNE.

L'histoire de la gangrène dans les fractures ne forme pas seulement, au point de vue étiologique, un chapitre important et à part, pour ainsi dire, dans la pathogénie de la gangrène traumatique ; à l'intérêt théorique qu'offre cet intéressant problème s'ajoute, en effet, un intérêt professionnel de la plus haute importance. « La pratique chirurgicale et l'honneur de la profession (*Société anat.*, 1872, p. 301, Verneuil) exigent que des faits de cette nature soient recherchés et publiés avec soin. Ils serviront d'abord à dégager vis-a-vis de lui-même la responsabilité du praticien, entre les mains duquel pareil malheur pourrait tomber, ils trouveront encore leur utilité dans certaines questions litigieuses où l'on voit le malade ou ses proches demander à la justice, sous l'empire d'une douleur excusable assurément, des dommages pour une catastrophe qu'il n'a cependant pas été au pouvoir du chirurgien d'empêcher. » Il faut qu'en pareille circonstance le mode de traitement, l'application de l'appareil ne puissent être accusés des accidents qu'ont seules fait naître les complications spontanées inhérentes au traumatisme lui-même ou aux conditions physiologiques du blessé, à l'état de ses organes et de ses tissus.

La gangrène, dans les fractures de jambe, est assez rare. Tavignot (*Gazette médicale de Paris*, 1841), Fullen (*Hamilton's fractures*, p. 461), Lisfranc (*Traité de médecine opératoire*, t. II) citent divers cas de gangrène de la jambe ; tous ces faits reconnaissent pour cause la compression du membre par des bandages trop serrés. Nous n'avons pu trouver dans les auteurs que 5 observations ayant trait directement à notre sujet. La moins grande rareté de la gangrène à la suite des lésions vasculaires de la cuisse s'explique facilement par les lésions plus ou moins variées d'un tronc unique : la fémorale ou la poplitée. Jourdan (thèse de Paris, 1873), sur 16 observations de déchirure de la fémorale dans les fractures, a 10 observations de gangrène. A la cuisse, les voies anastomotiques sont tellement riches que Gensoul, 1833, Langenbeck, 1860, ont pu lier l'artère et la veine fémorale sans gangrènes consécutives. Un certain nombre de blessures de l'artère, le fait si curieux de Syme, dans lequel la veine fémorale, perforée par un fragment pointu, fut prise d'une thrombose consécutive (1855, *Lancet*, I, 174), démontrent bien une certaine innocuité.

les connaissions pas, aussi doivent-ils être ajoutés à nos 54 observations de lésions vasculaires dans les fractures de la jambe; ils se rapportent tous deux à des lésions de la tibiale antérieure.

La ligature de la fémorale n'est cependant pas toujours sans danger : Cocteau cite 39 cas de gangrène sur un total de 240 ligatures.

Si donc la gangrène est un fait assez rare dans les lésions vasculaires qui accompagnent les fractures de cuisse, elle doit l'être encore plus pour les fractures de jambe, où des voies multiples, trois grands troncs artériels, entretiennent la vie du membre. Les 3 faits de ce genre que nous avons pu trouver, sont ceux de Green, 1835, Bouygues, 1845, Verneuil, 1872. Tout d'abord un trait commun les unit : dans toutes c'est la compression des vaisseaux par les fragments qui a été la cause de la gangrène. Les vaisseaux comprimés étaient deux fois les troncs postérieurs de la jambe (Green et Bouygues); deux fois la tibiale antérieure (Verneuil).

Green et Bouygues prétendent que les troncs vasculaires étaient sains; mais si on lit attentivement leurs observations, on verra facilement que le déplacement des fragments était très-considérable. Dans l'un de ces cas, la fracture était irréductible, les douleurs extrêmement vives et le raccourcissement de 9 à 12 centimètres.

Dans les deux autres observations, la tibiale antérieure, seul vaisseau en butte à l'action des fragments, était tantôt comprimée d'arrière en avant par une esquille (Verneuil), tantôt soulevée par le fragment supérieur sur lequel elle se réfléchissait. Le chevauchement était considérable dans les deux cas.

La compression, dans ces faits divers, décrite (Verneuil) ou non (Green, Bouygues) par les observateurs, est la cause évidente de la gangrène. Est-elle la seule ?

La violence dans tous a été extrême ; dans 3 de ces faits le passage d'une roue d'une voiture sur la jambe a déterminé la fracture. Elle a été comminutive dans un cas ; dans d'autres, elle était esquilleuse ; dans un seul cas, il y a eu complication de plaie. En réduisant la violence à son véritable rôle, on ne peut manquer d'en rapprocher les effets de la cause principale, la compression. Enfin les artères n'étaient pas saines dans tous les cas. Green et M. Verneuil ont signalé la présence de plaques athéromateuses sur les vaisseaux comprimés. M. Verneuil fait même remarquer que ces plaques faisaient saillie au niveau du point dévié dans le vaisseau. Le même chirurgien a signalé sommairement une thrombose de la tibiale antérieure. M. Verneuil, qui a apporté à cette étude le plus grand soin, a indiqué la présence de deux caillots au niveau d'une inflexion de vaisseau sous la pression d'une esquille osseuse : l'un d'un blanc jaunâtre, adhérent ; l'autre, situé au-dessus, rougeâtre et plus récent.

Ce ne sont pas les seules causes possibles de la gangrène : à

la cuisse, la section de la fémorale par les fragments est parfois suivie de ce même accident (Cadge, Verneuil); nous n'avons pas de faits semblables pour la jambe ; cependant l'observation III, dans laquelle on a pu craindre la gangrène, est un exemple de rupture complète de la tibiale antérieure. Une infiltration sanguine étendue peut amener un semblable résultat ; le fait de J.-L. Petit est un exemple de ce genre. J'ai rapporté dans ma thèse l'histoire d'un homme qui fut atteint par une barre de fer au niveau du calcanéum ; il avait sur la partie interne du pied une petite plaie, par laquelle se fit une hémorrhagie assez sérieuse. L'interne de garde, ne pouvant lier le vaisseau profondément situé, plaça sur la plaie une petite plaque d'amadou. Le sang artériel pénétra dans la gaîne, et l'infiltration remonta jusqu'au niveau du genou. Craignant la gangrène, M. Verneuil amputa. (*Gangrène dans les fractures*, Thèse, Paris, 1870.)

Presque aussitôt après l'accident se dessine déjà un certain ensemble symptomatologique qui peut faire prévoir la gangrène : la peau se décolore, le membre se refroidit, la sensibilité s'émousse, la circulation s'engorge ; parfois la peau devient livide, violacée ; le blessé se plaint aussi de douleurs plus ou moins vives dans le pied, dans la jambe ; il est quelquefois pris de fièvres 39 à 40° (Verneuil). Les battements artériels disparaissent dans la circonscription de l'artère blessée, puis vers le 3e ou 4e jour après l'accident, la gangrène se déclare, envahit tout d'abord le territoire de l'artère liée, et alors débute tantôt sur le dos du pied, tantôt par les orteils. Une tache brunâtre part de ces points divers et s'étend graduellement. Les jours suivants, la fièvre continue et un léger délire s'empare quelquefois du blessé. La mort survient alors plus ou moins rapidement.

Le diagnostic, dans de pareilles circonstances, est facile à poser lorsque la gangrène se déclare : l'abaissement de la température, la perte de la sensibilité, les douleurs vives, la lividité du membre, voilà des signes qui ne peuvent permettre l'hésitation. Il serait intéressant de chercher à pénétrer plus avant et d'en déterminer la cause. Quelques-unes des circonstances étiologiques qui entourent la production du phénomène pourraient être, en effet, corrigées par le chirurgien. La réduction des fragments, lorsqu'il y a un déplacement considérable, ne peut être négligée par le praticien. Il est difficile de s'assurer si une esquille ne comprime pas un vaisseau.

Le pronostic ne dépend pas seulement de cette grave complication, mais de la nature de l'accident, des circonstances adjuvantes dans le mécanisme de la gangrène. L'âge, la nature de la violence, l'athéromasie plus ou moins considérable, l'état constitutionnel,

l'alcoolisme, voilà les circonstances importantes qui doivent peser beaucoup dans la balance.

Le traitement présente une série de considérations qui se rapportent à des conditions bien différentes.

1° Si l'on est en face d'une fracture où ne se montrent que les symptômes précurseurs de la gangrène, il faut, en toute hâte, en reconnaître la cause, réduire les fragments. Parfois même, après la réduction, les battements artériels ne reparaissent pas immédiatement et ne deviennent perceptibles que plus tard. Aussi ne faut-il pas désespérer d'un membre dont la circulation paraît, au premier abord, un peu opprimée. Faut-il faire l'amputation préventive, prophylactique? *A priori,* il est sage d'attendre quelque peu.

A la jambe, il y a plusieurs vaisseaux qui peuvent se suppléer l'un l'autre ; le danger de la gangrène est peu à craindre. L'âge du sujet, l'état athéromateux de ses artères (examen du pouls radial, habitudes alcooliques), la nature de la lésion, fracture compliquée ou non, voilà une série de considérations qu'il est important de ne pas perdre de vue.

2° Mais si la gangrène paraît, si elle se présente sur une surface plus ou moins considérable, il n'y a plus d'hésitation possible, il faut prendre une résolution énergique et amputer au-dessus du foyer de la fracture le plus vite possible. le danger de la communication de la gangrène avec le foyer de la fracture force la main. Sur 3 amputations ainsi faites, il y a eu 2 morts et une guérison : une de ces amputations fut faite le 15[e] jour, la mort suivit rapidement (Green) ; une autre fut faite le 19[e] jour, le patient guérit (Bouygues).

Gangrènes.

Obs. LI. — *Fracture simple. — Compression des vaisseaux. — Gangrène. — Amputation. — Mort.*

(Green, *Lancet*, 1835-1836, vol. I, p. 615.)

Homme, 47 ans, la jambe prise entre la roue d'une voiture et une marche d'escalier ; fracture omminutive simple de la jambe, vers le milieu; point de battements artériels derrière les malléoles. Le membre placé sur le côté externe en demi-flexion, entouré de flanelles chaudes. Jour suivant, grande douleur dans le membre, peau se décolore, pied se refroidit, léger délire. Enfin, gangrène 15 jours après l'amputation de la cuisse; mort peu après. A l'autopsie, portion triangulaire du tibia qui était dirigée en arrière, en connexion étroite avec les vaisseaux *tibiaux postérieurs* sans les comprimer cependant. Les artères saines. Grande collection sanguine dans le creux poplité.

OBS. LII. — *Fract. simple. — Compression des vaisseaux; gangrène; amputation. — Guérison.*

(Bouygnes (d'Aurillac), *Bull. de l'Acad. royale de méd.*, t. XI, 1845-1846, p. 26.)

Femme, 37 ans, renversée par une voiture pesamment chargée ; celle-ci tombe sur la jambe gauche, étendue, portant à faux supérieurement, le fragment inférieur est poussé vers l'extrémité supérieure du creux du jarret. Membre arqué à concavité antérieure, le genou semblait retomber sur le tibia ; immédiatement au-dessous de la rotule, une dépression considérable. Une tumeur énorme soulevait le creux du jarret, distendait la peau de cette région et produisait une douleur des plus vives ; raccourcissement de 9 à 12 centimètres.

On ne put ramener le membre à sa longueur normale ; la gangrène s'en empara graduellement et, le 19e jour, il fallut amputer la cuisse. Guérison. A l'autopsie du membre, on trouva les *vaisseaux intacts* (?), de même que l'intérieur de l'articulation ; le fragment inférieur du tibia faisait saillie dans le creux poplité, distendait les parties au milieu desquelles existait une infiltration considérable de sang et de pus.

OBS. LIII. — *Fracture commin. de la jambe droite; plaie pénétrante. — Gangrène. — Mort. — Compression de l'artère* tibiale antérieure *par une esquille.*

(Verneuil, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XVII, p. 298, 1872.)

Femme, 74 ans, fracture des deux os de la jambe droite aux deux tiers inférieurs, avec plaie pénétrante transversale de la région externe du membre. Pas d'hémorrhagie importante. On recouvre la plaie de baudruche fixée par le collodion; jambe entourée d'une épaisse couche d'ouate disposée en bandelettes; deux attelles latérales. État général satisfaisant. Le 1er jour, quelques douleurs dans le pied, température axillaire à 40°,8.

Le lendemain, douleurs du membre fracturé, fièvre, sphacèle commençant du membre au-dessous de la lésion: tache brunâtre à la face dorsale du pied. Bientôt la coloration s'étendit, en même temps que le refroidissement et tous les signes de l'absence de la circulation. Abattement, prostration, coma et mort, 8 jours pleins après l'accident.

Autopsie. — Rien de remarquable dans les viscères, dégénérescence athéromateuse artérielle assez avancée, toutes les artères de la jambe et du pied sont athéromateuses. En d'autres points, lésion moins avancée, sous forme de taches opaques blanchâtres. Sur le trajet de l'artère tibiale postérieure, taches foncées noirâtres. Le calibre de cette artère est libre, ni sang ni caillot dans son intérieur. L'artère tibiale antérieure était le siége d'altérations analogues; fracture des deux os de la jambe; une esquille assez volumineuse s'était détachée du fragment inférieur du péroné et, dirigeant en avant son extrémité supérieure, de manière à se placer perpendiculairement à l'axe du membre, était venue soulever l'artère tibiale antérieure et exercer sur elle, d'arrière en avant, une certaine compression. Au niveau même de son contact

avec l'esquille, les parois de l'artère étaient rugueuses et rendues inégales par la présence de petites plaques d'athérome saillantes vers l'intérieur du vaisseau. Au-dessous de ce point, c'est-à-dire vers le bout périphérique de l'artère, la lumière de celle-ci ne renfermait absolument rien, mais le bout cardiaque ou supérieur était obstrué par deux caillots interrompus entre eux et de dates différentes; le premier ou le plus proche de l'endroit où l'artère se réfléchissait sur l'esquille, adhérent, fibrineux et déjà un peu moins foncé en couleur que les caillots très-récents, mais pouvant, par exemple, remonter à plusieurs jours, 4 ou 5 au moins, long de 5 à 6 millimètres; au-dessous de ce caillot, la paroi du vaisseau se montrait visiblement ramollie; puis quelques millimètres plus haut, un second caillot, à peu près aussi volumineux que le précédent, mais d'un rouge brun assez foncé, beaucoup moins adhérent, moins ancien, en un mot, et postérieur à l'autre dans sa formation. — L'artère tibiale antérieure avait été oblitérée par une thrombose développée au niveau d'une inflexion du vaisseau sous la pression d'une esquille osseuse, condition déterminante à laquelle venait s'ajouter l'altération vitale de la paroi interne de l'artère.

Accidents qui accompagnent les lésions veineuses dans les fractures de jambe.

Les lésions veineuses dans les fractures de jambe ont été presqu'entièrement oubliées par les auteurs. Cependant le riche développement des veines à la jambe, la présence fréquente de veines au membre inférieur, de varices, tout fait présumer que les lésions sont loin d'être rares.

Les accidents qui les accompagnent pourraient-être divisés en deux grands groupes : accidents primitifs, accidents secondaires. Malheureusement, cette division, intéressante à conserver quand leur étude sera commencée, ne peut nous servir à rien faute de matériaux positifs. Certainement on pourrait essayer d'étudier ici le rôle des veines dans les hémorrhagies primitives ou secondaires, et les diverses hémorrhagies externes ou interstitielles, mais nous serions obligés d'envisager le sujet à travers ce que nous savons des lésions analogues dans d'autres points.

M. Azam, le premier, a attiré l'attention sur une lésion assez fréquente des fractures de jambe, l'embolie, dans une note présentée à l'Académie de médecine (Voir *Bulletin* 1864, t. XXIX, page 816).

Obs. I. — Une femme meurt subitement, au 15[e] jour d'une fracture simple de jambe.

Autopsie. — Dans l'artère pulmonaire, caillot enroulé, de petit calibre et de 50 centimètres de long, provenant du membre fracturé, où toutes les veines étaient pleines de caillots semblables.

Obs. II. (Velpeau, *Compte rendu de l'Académie des sciences*, 1862, p. 772). — Une femme de 46 ans, atteinte, le 9 mars, d'une fracture comminutive de la jambe droite. Cette jambe avait atteint un volume tellement considérable que la circonférence du membre dépassait de 11 centimètres celle du membre sain; il n'y avait ni plaie ni aucune autre complication. Bandage de Scultet et compresses résolutives; résorption graduelle de l'infiltration. Aussi, trois semaines après l'accident, bandage dextriné. A une heure, le 31 mars, elle mourait subitement avec tous les signes d'une suffocation foudroyante.

Autopsie. Le tibia présente un fragment moyen, de 22 centimètres de longueur; le péroné n'était fracturé que dans un seul endroit. Les veines de la jambe du côté sain n'ont absolument rien, les veines du côté droit renferment de petites concrétions sanguines, nettes et volumineuses.

On en trouva quelques-unes dans les branches de l'artère pulmonaire.

Obs. III. (Bouchard, *Société anatomique*, p. 202, 1863). — Homme atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné gauche avec fracture cunéiforme de la partie postérieure inférieure du même côté et arrachement de la malléole interne: consolidation régulière; mort subite. Les veines du membre malade étaient thrombosées. On trouva le cœur en dégénérescence graisseuse et rempli a droite, comme l'artère pulmonaire, d'embolies graisseuses étendues.

Obs. IV et V. — M. Azam signale encore, mais sans en donner l'observation, 2 cas de mort du même genre, à la période de convalescence des fractures de jambe.

Obs. VI (Personnelle). — J'ai eu l'occasion de voir à l'ambulance des Magasins-Réunis, pendant le siège de Paris, un malheureux qui avait une fracture simple de la jambe. La consolidation était achevee, il ne se levait pas, il avait un peu d'œdème autour du membre fracturé, lorsqu'il mourut subitement, en 2 minutes, dans un formidable accès de suffocation. La pathogénie de cet accident est bien claire ; cependant l'autopsie n'a pu être faite.

Ces faits divers, dont il serait impossible, vu leur petit nombre, de tirer quelques conclusions, nous apprennent pourtant que la phlébite et la thrombose peuvent se présenter dans des fractures sous-cutanées, et être l'origine, au moment de la consolidation, d'embolies rapidement mortelles.

Séance du 5 mai.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté, après une réclamation de MM. DESPRÈS, TILLAUX et BOINET.

Correspondance.

La correspondance comprend : 1° les publications périodiques. 2° une lettre de M. Th. Anger, qui se porte candidat à la place de membre titulaire.

M. LARREY dépose, de la part de M. Arlaud, membre correspondant à Toulon, un travail manuscrit intitulé : *Amputation de la verge; mode d'opérer destiné à faciliter la recherche des sections uréthrales et à éviter la cicatrisation vicieuse du moignon pénien.* (Ce travail sera publié).

M. VERNEUIL offre les travaux suivants : 1° de la part de M. Dubergé, une thèse inaugurale intitulée . *Quelques considérations sur les complications des plaies à la Guyane française ;* 2° une observation manuscrite de MM. Bourdellès et Guérard de la Quesnerie, recueillie en Cochinchine et intitulée : *Plaie pénétrante du crâne par arme à feu; guérison.*

M. POLAILLON dépose, de la part de M. Laroyenne, de Lyon, une observation manuscrite intitulée : *Hydrorachis sur un enfant de trois mois, traitée et guérie par la ligature élastique.*
(Rapporteur : M. Nicaise.)

M. GUÉNIOT offre, de la part du Dr Mazzoni, de Rome, un volume de clinique chirurgicale intitulé : *Anno secondo di clinica chirurgica.*

A propos du procès-verbal,

1° M. DESPRÈS dépose l'observation de luxation dont il a été question dans la dernière séance.

Luxation médio-carpienne.

OBS. — L...(Zéphirin), corroyeur, âgé de 20 ans, conscrit, venant de passer la révision, était allé à Suresnes avec des amis, et en jouant à la balançoire, il tomba la tête la première, sans se rendre bien compte, comme cela arrive souvent, de la manière dont il avait fait sa chute.

(Le père du malade, que nous avons vu depuis, prétend que son fils est tombé sur le dos, la main étant prise entre le dos et le sol). L'accident eut lieu le 21 avril, et le 27 du même mois, le malade se présenta à l'hôpital Cochin avec une déformation du poignet qui existait depuis la chute.

La main droite présentait la déformation suivante : l'extrémité inférieure de l'avant-bras avait son aspect et son volume normaux, il n'y avait point de gonflement ni de rougeur, la région du carpe ne présentait pas plus de gonflement ni de rougeur; mais en regardant le poignet du côté de sa face dorsale, on remarquait, à un travers de doigt de la saillie répondant à la mortaise radio-cubitale, une dépression profonde et, à partir de cette dépression, le poignet et la main reprenaient leur aspect normal. Du côté de la face palmaire, on constatait une saillie du tendon du grand palmaire et une saillie des éminences thénar et hypothénar. L'axe de la main était dévié en dehors. La déformation du poignet, dans son ensemble, était une déformation en dos de fourchette, en sens opposé de la déformation en dos de fourchette de la fracture du radius.

Tous les mouvements du poignet étaient conservés; un seul était douloureux, c'était la flexion forcée du poignet.

Le diagnostic me parut devoir être porté ainsi : Luxation *médio-carpienne* en *avant* incomplète.

Je le fondais :

1° Sur la déformation du poignet, la dépression de sa face dorsale correspondant approximativement à l'union de la première rangée des os du carpe avec ceux de la seconde.

2° Sur ce que, pendant la flexion forcée du poignet, la saillie du grand os, facilement reconnaissable du côté sain, était moins apparente du côté blessé, mais que la luxation était réduite.

3° Sur l'existence manifeste d'une résistance osseuse au-dessous de l'extrémité inférieure du radius, résistance osseuse due à la présence des os de la première rangée du carpe restée en place.

4° Sur ce que l'extension forcée de la main augmentait le déplacement sans changer notablement la forme de la face palmaire du poignet, ce qui ne pouvait exister s'il s'était agi d'une luxation radio-carpienne ou d'une luxation carpo-métacarpienne.

J'ai éliminé, d'ailleurs, toute idée de fracture, car il n'y avait aucune tuméfaction et point de rougeur, ce qui n'eût pas manqué d'exister s'il y avait eu quelque fracture intra-articulaire.

Le lendemain de l'examen fait par MM. Perrin et Tillaux, j'ai traité cette luxation. Comme la flexion forcée du poignet maintenait la luxation réduite, je ne fis point de tractions; j'appliquai une spica du poignet et du bras destiné à tenir le poignet fléchi et je renouvelai tous les jours la bande, qui se relâchait pendant la nuit.

Aujourd'hui, 4e jour de traitement, le poignet a repris sa forme

et ses fonctions. Les douleurs ont disparu, mais je continuerai encore pendant huit jours l'application du bandage. Le malade est en très-bon état et sa guérison ne se fera pas attendre ; huit jours de contention suffiront pour la réparation des ligaments.

Je ferai remarquer que la luxation était réductible par la simple position, et que c'est là une justification du titre que j'ai donné à la luxation incomplète de la deuxième rangée des os du carpe.

Cette luxation est, d'ailleurs, le premier exemple authentique de luxation médio-carpienne ; il est probable que cette luxation a été déjà observée, mais elle a dû être rangée parmi les cas obscurs de luxation radio-carpienne en avant. Je n'ai point d'opinion sur le mécanisme de cette luxation, n'ayant aucun renseignement précis sur l'accident; je serais cependant porté à croire qu'il y a eu rotation de la main sur son axe, car lorsque l'on fait exécuter cette rotation sur une main saine, on voit que le mouvement a lieu dans l'articulation médio-carpienne.

2° M. Perrin. — A la suite de la présentation du malade de notre collègue M. Desprès, deux opinions différentes ont été émises sur la nature de la lésion dont il s'agissait et dont les détails figurent dans l'observation. M. Desprès et M. Paulet furent d'avis qu'il s'agissait d'une luxation médio-carpienne, M. Tillaux et moi, d'une luxation carpo-métacarpienne. La Société a jugé utile, en raison de l'extrême rareté de la lésion, de voir le fait de plus près et elle a chargé une Commission, composée de MM. Desprès, Tillaux, Paulet et Maurice Perrin, de lui faire un rapport sur cette question de diagnostic. Votre Commission a pensé que le plus sûr moyen de s'éclairer était de déterminer aussi rigoureusement que possible le niveau de la luxation et de marquer ce niveau par une ligne à l'encre, puis de prendre comme point de repère un interligne articulaire facile a reconnaître à travers les parties molles. L'interligne tout indiqué était l'articulation du trapèze avec le premier métacarpien. Cet interligne, étudié sur le squelette et sur une main disséquée, est situé à peu près exactement sur la ligne transversale que représentent les articulations carpo-métacarpiennes : il est, au contraire, à douze millimètres en avant de l'interligne articulaire intra-carpien. En appliquant cette donnée au blessé de M. Desprès, nous avons reconnu sans hésitation d'un avis unanime que le niveau des surfaces articulaires luxées était situé à 10 ou 12 millimètres en arrière de l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze. Par conséquent, on ne pouvait conserver de doute sur la réalité d'une luxation de la première rangée du carpe sur la seconde. Le grand os et l'os crochu sont certainement déplacés en avant; la situation du trapézoïde reste incertaine, en raison de son petit volume. Le trapèze, lui, est sûrement resté en place.

Pour que le signe diagnostique pathognomonique dont il vient d'être question soit applicable, il faut et il suffit que les interlignes articulaires restent appréciables, ce qui sera toujours possible immédiatement après l'accident et avant la tuméfaction des parties.

Comme élément accessoire de diagnostic différentiel, votre Commission, comparant entre eux les détails des deux observations de MM. Tillaux et Desprès, ainsi que les moules en plâtre qu'ils ont pris grand soin de faire exécuter, signale encore l'état des mouvements de l'organe et l'aspect du talon de la main.

Dans le fait de M. Tillaux, c'est-à-dire après une luxation carpo-métacarpienne, les mouvements articulaires intra-carpiens étaient abolis et le talon de la main offrait une saillie exagérée. Dans le cas de M. Desprès, c'est-à-dire après une luxation intra-carpienne, le talon de la paume de la main ne paraît pas déformé et les mouvements de flexion sont conservés, à ce point qu'il suffit de les provoquer pour réduire la luxation qui se reproduit dès qu'on abandonne la main à elle-même. La facilité avec laquelle la luxation se réduit et se reproduit chez le blessé de M. Desprès permet de croire qu'elle n'est pas complète. En imprimant des mouvements aux parties lésées, on perçoit un craquement sec qui résulte soit d'une fracture concomitante, soit d'un frottement des surfaces articulaires.

3° M. Tillaux donne lecture de l'observation de son malade, rédigée par M. Collin, interne du service.

Luxation incomplète en avant des quatre derniers métacarpiens.

Obs. — F... (Léon), corroyeur, âgé de 20 ans, entré à l'hôpital Lariboisière le 9 mars 1875. Le malade raconte que le 8 mars, étant au premier étage chez un marchand de vin, il voulut passer de la fenêtre sur une terrasse et tomba dans la cour, d'une hauteur de 3 mètres. Il explique très-manifestement qu'il est tombé sur le dos, la main gauche prise sous lui et portant sur le sol par sa face dorsale, c'est-à-dire dans la flexion. Il ressentit immédiatement dans la main une vive douleur et ne put plus se servir de son membre.

11 mars. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est la flexion de la main, qui tombe en avant, sans que le malade puisse la relever. Cette position est bien appréciée quand on regarde la main de profil ; on constate en même temps que le pli du poignet est plus profond que du côté opposé; il est devenu anguleux au lieu d'être arrondi, ce qui est dû à une saillie anormale du talon de la main.

Sur la face dorsale, on constate, au niveau du carpe et du métacarpe, un gonflement modéré. La peau ne porte pas trace de contusion. La main n'est pas déviée latéralement et son axe est bien sur le prolongement de l'axe de l'avant-bras. Rien d'anormal du côté du radius, ni du côté du cubitus. La première rangée du carpe ne présente aucune saillie anormale, de même que la deuxième. Mais immédiate-

ment au-dessous de la deuxième rangée, au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, existe une dépression appréciable par la vue et surtout par le toucher. Cette dépression est limitée brusquement, en haut, par une saillie allongée transversalement, qui n'est autre que la deuxième rangée du carpe. En un mot, la face dorsale du métacarpe ne se continue plus directement, sur le même plan, avec celle du carpe, mais paraît portée sur un plan antérieur. Ce déplacement ne s'étend pas au premier métacarpien, qui a conservé ses rapports avec le trapèze. Notons que, pour éviter toute erreur, les interlignes articulaires du poignet ont été tracés à l'encre sur la peau.

Du côté de la face palmaire, il y a une saillie, plus considérable que du côté sain, du talon de la main, et cette saillie est juste à la même hauteur que la dépression dorsale.

En exerçant une extension modérée sur la main et en faisant basculer le métacarpe de façon à porter son extrémité supérieure en arrière, M. Tillaux produit un déplacement brusque, accompagné de crépitation cartilagineuse, qui a pour effet de faire disparaître la dépression dorsale. La même extension et un mouvement de bascule du métacarpe en sens inverse produisent de nouveau un déplacement brusque et la dépression reparaît.

Aucun mouvement spontané de la main n'est possible; on peut lui imprimer sans douleur, en agissant avec ménagement, tous les mouvements qui se passent dans l'articulation radio-carpienne.

Par la pression, on constate de la douleur sur tout le carpe, mais beaucoup plus prononcée au niveau de l'interligne carpo-métacarpien. Douleur spontanée assez vive, continue. Moule en plâtre.

12 mars. — Réduction de la luxation et immobilisation de la main sur une planchette, avec ouate disposée de façon à ramener les métacarpiens en arrière et à les empêcher de revenir en avant.

Immédiatement après la réduction, le malade se sent très-soulagé.

25 mars. — On enlève l'appareil. La réduction est complète.

31 mars. — Exeat pour Vincennes. Mouvements très-libres.

J'ai revu aujourd'hui même ce malade revenant de Vincennes. Il reste cette déformation légère provenant de la saillie des métacarpiens; mais je ferai remarquer que la même saillie existe du côté sain. Il y avait donc là une prédisposition à la production de la luxation.

Rapport.

M. Guéniot lit un rapport sur les *fermoirs vaginaux* présentés par M. Borin.

A la suite d'une courte discussion relative à l'opportunité des rapports sur des instruments, discussion à laquelle prennent part

MM. Verneuil, Guéniot, Larrey et Le Fort, la Société décide que le travail de M. Borin et le rapport de M. Guéniot seront déposés aux archives.

M. Hervez de Chégoin présente une série de pessaires destinés à remédier aux divers déplacements utérins.

Lecture.

1° M. Delens, candidat à la place de membre titulaire, lit un travail intitulé :

Kyste hydatique de la rate.

Commissaires : MM. Tillaux, Nicaise et Cruveilhier.

2° M. Dubrueil donne lecture de la note suivante :

CONTRACTURE RÉFLEXE.

J'ai demandé la parole pour entretenir un instant la Société de chirurgie sur une variété rare et surtout peu décrite de contracture, dont je viens d'observer un cas dans le service de M. Verneuil, qui a bien voulu m'autoriser à recueillir l'observation et à traiter le malade.

J'avais déjà eu l'occasion d'observer un cas analogue, en 1869, dans le service de M. Verneuil, à Lariboisière, et j'ai trouvé une troisième observation dans la dernière édition du *Traité d'électrisation* de Duchenne, de Boulogne.

Notre savant confrère, qui, le premier, a signalé la maladie en question, l'a désignée sous le nom de contracture ascendante réflexe par traumatisme articulaire, appellation un peu longue, sans doute, mais qui a l'avantage de rappeler l'origine probable de la maladie.

Une épithète, celle d'ascendante, me paraît pouvoir être supprimée sans inconvénient, celle de réflexe la rendant à peu près inutile.

Voici la courte description de Duchenne : « La contracture réflexe ascendante, dans laquelle j'ai étudié comparativement l'action thérapeutique du courant continu et de la faradisation localisée, n'a pas encore été, que je sache du moins, décrite ou signalée par les auteurs. Cette espèce de contracture survient, en général, à la suite de violences exercées sur certaines articulations, principalement du poignet, dans une chûte faite sur le dos ou sur la paume de la main, violences qui produisent une arthrite plus ou moins intense, ou une simple et courte douleur articulaire. La contracture, qui est apparue quelquefois peu de temps après que l'articulation n'est plus douloureuse et lors même qu'elle paraît entièrement guérie, siége alors dans un plus ou moins grand nombre des muscles moteurs

de cette articulation ; puis, à la longue, elle s'étend à d'autres articulations du membre du même côté. La douleur, limitée d'abord aux muscles contracturés, est modérée ; elle gagne ensuite d'autres muscles, tout en restant plus vive dans ceux qui ont été primitivement affectés ; elle atteint, enfin, les troncs nerveux qui animent ces muscles et ensuite l'origine du flexus brachial.

Souvent même, les contractures ayant disparu, les malades conservent longtemps (quelquefois pendant des années) des douleurs continues vers l'origine des nerfs du membre affecté, douleurs qui semblent symptomatiques d'un état morbide de la moelle à ce niveau. Enfin, la force du membre dans lequel siégent ou ont siégé les contractures est généralement diminuée, ainsi que la sensibilité. »

Voici, en abrégé, l'observation rapportée par Duchenne.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, non hystérique, qui, à l'âge de 11 ans, en 1861, à la suite d'une chute sur le dos de la main droite, fut atteinte d'une arthrite consécutive du poignet du même côté, qui lui laissa des douleurs irrégulières dans l'articulation et un peu de faiblesse dans le membre.

A 13 ans et demi, les douleurs se ranimèrent et ne tardèrent pas à s'accompagner de contracture dans les radiaux et les pronateurs du côté malade ; cet état fut vainement combattu par différents moyens, vésicatoires, compression, cautérisation, etc.

Duchenne vit la malade en 1866 et constata ce qui suit : la main est fixée dans la pronation et la flexion. On ne parvient à redresser le membre qu'avec de violents efforts et au prix de vives souffrances imprimées à la malade ; dès que le membre est abandonné à lui-même, il revient à sa position primitive. Les usages de la main sont naturellement abolis. Le coude et l'épaule ont conservé leur mobilité.

Notre savant confrère conseilla l'application des courants continus et l'usage interne du fer. L'électricité ne put être appliquée, et la contracture envahit d'autres muscles, entre autres les fléchisseurs des doigts, de telle sorte que les ongles s'enfonçaient dans la paume de la main. Il survint des douleurs rachidiennes au niveau de l'origine du flexus brachial, douleurs qui furent combattues par l'application de ventouses scarifiées et de vésicatoires loco dolenti.

Au mois d'avril 1866, Duchenne revit la malade et, en outre des symptômes que j'ai déjà mentionnés, il trouva que le biceps brachial et presque tous les muscles de l'épaule étaient contracturés. Le volume du membre était diminué.

Pendant quelques séances, Duchenne appliqua les courants continus, tantôt descendants, tantôt ascendants, en ne remontant jamais au delà de la portion moyenne du bras. Il se servait d'un appareil composé de 10, 20, 30 éléments au sulfate de plomb, suivant la tolérance.

Au bout de quelque temps, la malade pouvait ouvrir et fermer la main, mais les muscles fléchisseurs étaient seuls relâchés, et la contracture persista dans les autres. Duchenne eut alors recours à la fara-

disation des antagonistes des muscles contracturés ; sous l'influence de ce moyen la contracture disparut en quelques minutes.

Au mois de décembre, avant le froid, la contracture reparut dans le court supinateur, la main gardant, du reste, la liberté de tous ses mouvements. La douleur rachidienne redevint plus vive et résista à des vésicatoires morphinés, à des ventouses sèches, etc.

En septembre 1867, la malade vint de nouveau trouver Duchenne, qui fit disparaître la contracture du court supinateur en faradisant les prinateurs, et soulagea au moyen de la faradisation cutanée les douleurs spinales qui ne tardèrent pas du reste, à se reproduire avec plus d'intensité que jamais. L'observation s'arrête là.

Voici maintenant celle que j'ai publiée :

Obs. I. — J'ai vu pour la première fois l'individu porteur de cette lésion au mois d'août 1869 ; depuis quelques jours, il venait tous les matins à l'hôpital de Lariboisière consulter M. Verneuil.

Le malade est âgé de 15 ans, assez développé physiquement, fort intelligent, du reste. Il est affecté d'un strabisme interne concomitant de l'œil droit, survenu dans la première enfance. Il n'a jamais eu de convulsions, mais cependant, à deux reprises différentes, il a eu, il y a quelques années, les orteils spontanément renversés sur la face dorsale des pieds.

Vers le mois de juin, il tomba, en courant, sur le dos de la main droite. Il ne résulta tout d'abord de cette chute qu'une contusion, dont la douleur, momentanément assez vive, ne tarda à se dissiper.

L'enfant n'y songeait plus, lorsque, trois ou quatre jours après, la main devint douloureuse et les doigts s'étendirent et se rapprochèrent les uns des autres. Il survint en même temps quelques douleurs spontanées, augmentant par la pression, siégeant sur le rachis, au niveau de la partie inférieure de la région cervicale.

Un médecin appelé auprès du malade prescrivit un bain tiède et des ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale, à la hauteur du point douloureux. Sous l'influence de ces moyens, au bout de deux ou trois jours, les douleurs et la contracture avaient disparu.

A la fin de juillet, les accidents se reproduisirent et le malade alla consulter M. Verneuil, qui le fit venir tous les jours dans ses salles. Voici dans quel était il état alors : les doigts de la main droite étaient étendus et tous inclinés vers l'axe de la main, représenté, comme on le sait, par le médius, qui n'avait pas subi de déviation. L'index et l'annulaire se croisaient au-devant de lui. Le pouce était également porté en dedans, et sa phalange unguéale restait étendue sur la première. En outre, la concavité de la paume de la main était notablement exagérée ; les espaces interosseux étaient douloureux spontanément, plus douloureux encore à la pression. Le malade disait souffrir un peu au niveau de la partie postérieure et inférieure du cou, et en pressant les apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales on augmentait la souffrance. Il était facile, sans deployer une grande force, d'écarter les

doigts les uns des autres et de l'axe de la main; mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient rapidement leur position.

En remontant aux données physiologiques, on arrivait à cette conclusion qu'on ne pouvait avoir affaire qu'à une contracture des interosseux palmaires, car la position dans laquelle étaient fixés les doigts était celle qui résulte de l'action de ces muscles.

Des douches d'éther pulvérisé données sur la main faisaient cesser la contracture, mais d'une façon toute momentanée. Elle se reproduisait rapidement.

Dans les premiers jours d'août, le membre supérieur droit tout entier devint le siége de douleurs très-vives, se reproduisant surtout la nuit et qui cédèrent à l'administration du sulfate de quinine; mais la contracture persistait toujours, ainsi que la douleur du rachis.

L'application de cautères de chaque côté de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium produisirent une rémission, qui ne fut, du reste, pas de bien longue durée. La contracture et les douleurs reparurent, et le malade vint me trouver.

Grâce à l'obligeance de notre excellent et regretté confrère Legros, je pus le soumettre à l'application du courant continu descendant obtenu à l'aide de l'appareil de Remack. L'application du courant était suivie de la cessation immédiate de la contracture, cessation qui finit par persister dans l'intervalle des séances. Néanmoins, elle se reproduisait de temps à autre.

A l'époque de la guerre, le malade quitta la France; je l'ai revu il y a peu de temps et il m'a affirmé que depuis assez longtemps il est complétement débarrassé de tous ces accidents et n'a rien présenté d'anormal.

Obs. II. — J'en viens maintenant à l'histoire du malade que je viens d'observer, et qui est entré à l'hôpital le 20 février. Ce garçon, âgé de 16 ans, bien portant et bien développé pour son âge, n'a jamais été atteint d'aucune affection convulsive. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il tomba du haut d'une échelle et se donna une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La douleur, qui du reste n'avait rien d'excessif, diminua à la suite de l'application d'un bandage compressif.

Trois jours après l'accident, le membre inférieur gauche se portait dans la rotation en dedans et le bord interne du pied s'élevait. Il survenait en même temps, au niveau de la fesse et de la région lombaire du rachis, des douleurs s'exagérant par la pression.

Un vésicatoire appliqué sur la fesse ne détermina aucun changement dans l'état du malade, qui se décida à entrer à l'hôpital, où l'on put constater ce qui suit: la cuisse et la jambe sont dans l'extension. Le pied est fléchi à angle droit et en adduction; la voûte plantaire est effacée. Le membre tout entier est dans la rotation en dedans.

Au niveau du cou-de-pied, on voit se dessiner une saillie formée par le tendon du jambier antérieur.

Le malade ne peut ni fléchir les articulations étendues, ni mouvoir le pied, ni tourner le membre en dehors. Si l'on palpe la fesse, on sent à la partie antéro-supérieure une dureté très-grande, dans la région cor-

respondante aux petit et moyen fessiers et au tenseur du fascia lata. Il est manifeste que ces muscles sont contracturés, ainsi que le jambier antérieur.

Les douleurs au niveau de la fesse et des lombes persistent encore. On arrive à fléchir le genou et la hanche, mais il faut pour cela déployer une assez grande force, et ces manœuvres sont très-douloureuses pour le malade. Lorsqu'on abandonne ces articulations à elles-mêmes, elles reviennent à leur position primitive. Il est assez facile, en saisissant le pied, de ramener le membre dans la rotation en dehors, mais abandonné à lui-même, il revient à sa position primitive, comme s'il était mû par un ressort.

J'ai pu constater, en outre, que le membre, mesuré, soit au niveau de la cuisse, soit à la hauteur du mollet, avait 1 centimètre de moins de circonférence que le droit.

Les sensibilités tactiles, à la douleur et à la température, étaient considérablement diminuées. De plus, la peau du membre malade était en général pâle, quelquefois cyanosée.

J'ai pris l'état comparatif de la température sur le membre droit et sur le gauche, en mettant un thermomètre dans le creux poplité, la jambe étant maintenue fléchie sur la cuisse. Cette recherche, qui, je me hâte de le dire, a été faite dans d'assez mauvaises conditions, c'est-à-dire à une époque où le traitement déjà institué avait procuré une notable amélioration, cette recherche m'a montré qu'à gauche (du côté de la contracture), la colonne de mercure s'arrêtait à 34°9, tandis qu'à droite elle s'élevait à 35°1, soit une différence de deux dixièmes. Il est possible et même probable que l'on eût trouvé une plus grande différence entre les deux températures si l'on avait fait l'expérience à une époque où le traitement n'avait pas encore atténué les symptômes.

En face de ces phénomènes et en l'absence de toute autre cause de contracture, on devait, sans hésitation, je le crois, rattacher cet état au genre de contracture, qui, comme je l'ai déjà dit, a été pour la première fois signalé par Duchenne, c'est-à-dire, à la contracture réflexe par traumatisme articulaire.

La position du membre, l'examen par la palpation permettaient, nous l'avons vu, de conclure qu'il y avait une contracture simultanée du petit fessier, du moyen fessier et du tenseur du fascia lata, tous muscles innervés par le nerf fessier supérieur, branche collatérale du plexus sacré, et du muscle jambier antérieur, lequel reçoit ses filets nerveux du nerf tibial antérieur, branche du sciatique poplité externe.

Bien qu'en fait de physiologie pathologique, on doive se garer sévèrement des explications hypothétiques, je crois cependant pouvoir rappeler le lien fonctionnel et synergique qui unit les petit et moyen fessiers, rotateurs en dedans, et le jambier antérieur, adducteur du pied; les adductions du pied se reproduisent généralement en même temps que la rotation en dedans. La physiologie

expérimentale nous apprend, du reste, que les contractions musculaires réflexes sont en quelque sorte coordonnées et adaptées pour produire des mouvements réguliers, mouvements défensifs lorsque, pour provoquer l'action réflexe, on imprime une douleur à l'animal en expérience.

De même, on peut encore, ce me semble, sans abuser de l'hypothèse, considérer l'abaissement de la température et l'état de la peau comme se rattachant à ces phénomènes réflexes portant sur les nerfs vaso-moteurs, signalés pour la première fois par Tholozan et par Brown-Sequard comme étant dus à l'action des nerfs vaso-constricteurs.

Quant à la diminution de volume du membre, est-ce à la même cause, à un état particulier des nerfs trophiques ou à l'immobilité qu'elle doit être attribuée? c'est ce que je ne saurais dire.

Y a-t-il un état particulier de la moelle qui préside à la contracture et qui est l'origine des douleurs rachidiennes? C'est plus que probable; mais quant à supposer qu'il y a une irritation spinale, plutôt qu'une congestion ou qu'une sclérose commençante d'une portion extrêmement limitée du faisceau latéral, il faut attendre que l'examen nécroscopique ait fourni quelques renseignements à ce sujet, et l'occasion peut ne pas se présenter de longtemps, la maladie qui nous occupe étant rare et ne paraissant pas être mortelle.

Quant à la thérapeutique, voici ce que l'expérience apprend à ce sujet : dans le cas dont j'ai emprunté la relation à Duchenne, cet éminent confrère, trouvant qu'il n'obtenait pas d'assez rapides résultats de l'application des courants continus, avait eu recours à la faradisation des antagonistes des muscles contracteurs et était ainsi arrivé à faire disparaître la contracture. Chez le malade dont j'ai publié l'observation, j'eus recours à l'application du courant continu faite à l'aide d'un appareil de Remak ; j'employais le courant descendant. Le pôle positif était placé sur la partie interne du bras et le pôle négatif était immergé dans un bain dans lequel était plongée la main du malade. Les séances duraient quelques minutes.

Sur le malade de la Pitié, j'ai employé simultanément les courants interrompus et les courants continus. Avec les courants interrompus, on faradise tous les jours un instant le muscle grand fessier, rotateur en dehors.

Le courant continu a été appliqué sous la forme de courant descendant stabile. J'ai d'abord placé un des pôles sur la région fessière et l'autre sur le pied. Le malade pouvait ainsi supporter pendant quatre à cinq heures le courant produit par huit ou dix éléments de Trouvé. Dans ces derniers temps, j'ai fixé le pôle positif sur le rachis, au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, laissant l'autre en contact avec le pied.

Ce traitement a produit une amélioration rapide, surtout depuis que le pôle positif a été appliqué sur la colonne vertébrale. Il n'y a plus de douleurs qu'au niveau du tarse ; celles de la fesse et du rachis ont disparu. La contracture a également cessé, sauf dans le jambier antérieur. Le malade marche et tourne son pied comme il le veut.

J'attribue, dans cette cure, une part beaucoup plus grande au courant continu qu'à la faradisation des antagonistes. C'est donc l'emploi du premier qui me paraît particulièrement recommandable, et j'insisterai spécialement sur la pratique qui consiste à comprendre la moelle dans le circuit, me fondant, d'une part, sur l'amélioration beaucoup plus grande qui s'est produite chez notre malade dès que le pôle positif a été appliqué sur le rachis, et sur les faits expérimentaux et cliniques obtenus par Legros et Onimus et communiqués par eux à la Société de biologie, faits qui établissent qu'un courant descendant passant par la moelle annihile les actions réflexes.

Il est encore deux autres moyens, dont nous n'avons pas eu besoin, mais qu'on peut employer rationnellement, je veux parler des dérivatifs appliqués au niveau des renflements cervico-brachial ou lombaire, suivant que la contracture siége sur le membre supérieur ou sur le membre inférieur, et de l'administration du bromure de potassium, qui jouit, on le sait, de la propriété de diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle.

Discussion.

M. Guéniot. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer un fait semblable à ceux que vient de relater M. Dubrueil. Il s'agissait d'un jeune collégien de 15 ans qui, en jouant au *saut de mouton*, était tombé à la renverse sur son coude droit. Une grande douleur s'ensuivit au niveau de l'articulation, qui se tuméfia et devint le siége d'un léger épanchement. Tel fut, du moins, le diagnostic de M. le Dr Michaut, médecin et ami de la famille, qui donna des soins à l'enfant pendant les dix premiers jours.

A cette date, lorsque le malade me fut présenté pour la première fois, la tuméfaction avait beaucoup diminué et la douleur presque complétement disparu. Mais l'avant-bras était demi-fléchi et dans la rotation en dedans ; les muscles biceps et brachial antérieur, de même que les pronateurs, étaient fermes et tendus et résistaient aux essais de redressement de l'avant-bras. Je conseillai l'usage d'une pommade fortement belladonée et de cataplasmes sur la région malade ; puis le membre fut placé au repos dans une écharpe.

Avec l'aide de ce traitement, le coude reprit ses proportions normales ou presque normales, en même temps que toute douleur s'é-

teignit. Mais les muscles contracturés restèrent rigides et maintinrent l'avant-bras dans son attitude vicieuse. Je tentai alors de le redresser, ce à quoi je parvins, mais non sans provoquer une très-vive douleur. Celle-ci, d'abord localisée au poignet, envahit ensuite le coude; puis, une fois l'extension obtenue, elle s'affaiblit promptement. Au bout d'une minute, ayant abandonné les parties à elles-mêmes, je vis l'avant-bras se fléchir à nouveau et se tourner en pronation. Les efforts volontaires du malade restaient impuissants à modifier d'une manière notable cette attitude vicieuse. Plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle, je renouvelai ces tentatives sans plus de succès définitif que la première fois.

De concert avec M. Michaut, je conseillai alors le massage, qui fut pratiqué par un homme expert, pendant cinq ou six jours. L'amélioration n'en fut pas plus accusée que par les autres moyens. Enfin, j'avais en vue l'emploi de l'électricité, lorsque M. Michaut voulut bien se charger de nouveau de diriger la médication. Il préféra recourir aux badigeonnages à la teinture d'iode sur l'articulation.

Je viens de revoir l'enfant, juste trois mois après l'accident primitif. Le coude offre un aspect à peu près normal; à peine y distingue-t-on encore un léger gonflement. Mais l'avant-bras reste demi-fléchi et dans une légère rotation en dedans; l'extension et la rotation en dehors ne peuvent s'exécuter par la volonté du malade. Les mouvements spontanés sont, en effet, très-peu étendus. Du reste, il n'existe aucune douleur, même à la pression, soit au niveau du coude, soit dans les régions supérieures du bras, soit vers la colonne vertébrale. La santé générale, sans être florissante, se maintient dans un état satisfaisant.

M. Hervez de Chégoin cite l'observation d'une femme de 80 ans, atteinte d'hémiplégie et en même temps de contracture du côté paralysé.

M. Dubrueil. — Les faits de cette nature ne sont pas rares et ont été étudiés par M. Bouchard; ils indiquent un travail pathologique dont le siége est dans la moelle, atteinte de sclérose descendante.

Au contraire, les contractures qui ont de l'analogie avec celle dont est affecté le petit malade de M. Guéniot se rencontrent moins souvent, et M. Duchenne (de Boulogne) les considère comme très-rebelles.

M. Le Fort rappelle l'emploi qu'il a fait des courants constants très-faibles. Un malade de Lariboisière, atteint de contracture, a été guéri par lui à l'aide de ce moyen. Au lieu de contractures, on rencontre parfois des paralysies réflexes avec atrophie, survenant

non-seulement à la suite de contusions, mais encore consécutivement à un grand nombre d'affections articulaires, à l'hydarthrose, par exemple, ou à l'entorse.

M. Marjolin. L'attention a été appelée depuis longtemps sur cet ordre de faits par M. Bouvier.

M. Panas. Tous les états pathologiques des articulations s'accompagnent de contractures, qui expliquent l'attitude spéciale que prend le membre dans ces cas. Bonnet expliquait cette attitude par la capacité différente que présente la synoviale distendue dans les diverses positions. M. Crocq, dans son travail sur les tumeurs blanches, l'attribue à des contractures réflexes, spéciales pour chaque articulation ; il interprète de cette façon toutes les déviations qui se produisent lorsque les articulations sont irritées, et même celles qui ne s'accompagnent d'aucune lésion articulaire, comme dans ce qu'on a appelé coxalgie hystérique, où l'on ne trouve que les signes extérieurs de la véritable coxalgie. Il semble que chaque articulation exerce une influence sur un groupe déterminé de muscles, et réciproquement.

M. Dubrueil. Les faits qu'on vient de rappeler n'ont rien de commun avec celui dont j'ai rapporté l'histoire. Dans ce dernier, il s'agissait d'un traumatisme porté sur un point éloigné de celui où la contracture s'est montrée.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Séance du 12 mai 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger ;

Les *Mémoires et bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, n° 4.

M. Larrey offre, de la part de l'auteur, M. W. H. Van Buren, un ouvrage en anglais intitulé : *Traité pratique des maladies chirurgicales des organes génito-urinaires, comprenant la syphilis.*

M. Ledentu donne connaissance d'une lettre qui lui a été adres-

sée par M. Rufz de Lavison, sur le débridement dans la hernie ombilicale étranglée. Voici un extrait de cette lettre ·

. . . . . « Ayant préalablement fait tirer en haut la peau de l'abdomen, j'ai, à trois ou quatre lignes au-dessous de la partie inférieure de la hernie, pratiqué, le long du lieu présumé de la ligne blanche, une incision juste assez grande pour introduire l'indicateur de la main gauche dans l'abdomen; puis, portant en haut et recourbant le bout de l'indicateur, j'ai pénétré facilement dans le sac, et après m'être bien assuré que mon doigt se trouvait bien entre la partie herniée (épiploon ou intestin) et le rebord du sac, j'ai glissé le long de la pulpe du doigt le bistouri herniaire courbe d'A. Cooper, puis, le plaçant de champ, j'ai fait de dedans en dehors un débridement de trois ou quatre lignes au plus.

« Une fois la peau revenue à sa place, l'ouverture de la ligne blanche et celle des téguments ne se correspondent plus ; la première se trouve à peu près dans les conditions d'une plaie sous-cutanée. »

Ce procédé a été employé trois fois avec succès par M. Rufz; après la guérison, il ne s'est pas produit d'éventration par dilatation de la cicatrice.

Communications.

1° M. Prestat, membre correspondant à Pontoise, communique le résultat de l'opération qu'il a pratiquée sur le malade présenté à la Société dans une des dernières séances.

J'ai présenté, dans la séance du 10 janvier dernier, à la Société, un homme de 60 ans qui portait une tumeur énorme des bourses qui, par son poids et son volume, amenait dans la marche une telle difficulté que le malade demandait à en être débarrassé.

Avant de prendre la responsabilité de cette opération, j'ai voulu avoir l'avis de la Société, et ceux d'entre vous qui répondirent à mon appel pensèrent qu'il y avait lieu de procéder à l'ablation de cette tumeur.

Le 25 janvier, par une ponction de la tunique vaginale, je retirai un peu plus d'un litre et demi d'un liquide opalin et fortement albumineux. Cette opération préliminaire avait l'avantage de réduire la tumeur d'un tiers environ, de permettre à la peau de revenir sur elle-même et surtout de dégager le cordon testiculaire, caché par la tunique vaginale, et d'en permettre un examen plus facile à travers la peau. Ce cordon était gros comme le pouce, mais on ne sentait aucun engorgement dans la fosse iliaque ni dans le ventre.

Le samedi suivant, 27 janvier, avec l'aide de nos deux collègues MM. Larrey et Marjolin, qui avaient bien voulu mettre leur expérience à ma disposition, l'opération fut faite de la manière suivante :

Le malade soumis à l'insensibilité chloroformique, je circonscrivis sur le devant de la tumeur un vaste lambeau ovale de la peau du scrotum, destiné à être enlevé avec le testicule pour diminuer l'excès de peau qui devait me rester après l'opération. Puis, je disséquai rapidement cette tumeur. Lorsqu'elle ne tint plus que par le cordon testiculaire, une forte ligature fut appliquée sur celui-ci, et comme cette constriction ne parut pas suffisante, une seconde, plus serrée, offrant assez de résistance; nous fîmes la section du cordon. Les deux artères du cordon furent liées, ainsi que deux autres artères d'un moindre volume situées près de la cloison du dartos. La ligature en masse du cordon fut supprimée. En somme, le malade perdit très-peu de sang artériel; un écoulement plus abondant de sang veineux, mais nullement inquiétant, se faisait par l'ouverture de quelques petites veines. Il se modéra sous l'influence de lavages à l'eau froide de la surface de la plaie.

De la charpie, du linge cératé, puis une sorte de suspensoir formé par une longue compresse rattachée à une ceinture formèrent le pansement.

La douleur fut vive pendant la journée et malgré une potion calmante, la nuit fut sans sommeil.

Le lendemain (28), j'enlevai les pièces les plus superficielles du pansement et une couche de charpie imbibée de sang veineux, laissant celle qui adhérait à la surface de la plaie, que j'arrosai avec de l'eau phéniquée.

Pendant plusieurs jours, sauf la douleur, la gêne imposée par le décubitus dorsal, l'état général du malade était excellent. Jamais le pouls ne dépassa 84 pulsations et la température resta normale. Seulement une bande de la peau du scrotum du côté de la ligne médiane se gangrena sur une longueur de huit centimètres et une largeur qui variait de quelques millimètres à un centimètre. Cet accident local, qui tenait peut-être à ce que cette portion de peau avait été trop dénudée de son tissu cellulaire, n'eut aucune influence sur la marche de la cicatrisation, nécessairement très-longue, de cette vaste plaie.

En huit jours, la surface de la plaie se détergea, prit un bon aspect, mais une difficulté que j'avais prévue se présenta, le renversement de la peau en dedans ; je le combattis en remplissant la plaie de charpie et par l'application de bandelettes de diachylum. Du neuvième au douzième jour, les ligatures tombèrent.

Le moignon du cordon subit une diminution et une rétraction graduelles, qui le firent se confondre peu à peu avec la surface de la plaie.

Tout allait bien, lorsque vers le vingtième jour de l'opération, je m'aperçus qu'en pressant sur le côté gauche des bourses, je faisais rendre une notable quantité de pus par une ouverture qui s'était formée dans la cloison du dartos. A cette époque, je fus retenu chez moi pendant quelques jours, et cet abcès, lorsque je revis le malade, vers le 28 février, descendait jusqu'au périnée. Une ouverture à la partie

la plus déclive de la poche et un drain qui traversait l'abcès en amena en quinze jours la guérison.

Pendant ce temps, la plaie résultant de l'opération se rétrécissait de plus en plus ; le renversement de la peau disparaissait par la contractilité de ce tissu; les forces revenaient et le malade pouvait se lever.

Au bout de huit semaines, la cicatrisation était complète, et il y a quinze jours, D... venait me montrer le résultat heureux de son opération, parcourant sans fatigue dix kilomètres. La peau du côté droit du scrotum ne conserve plus qu'un peu d'engorgement, qui, dans quelques semaines, aura complétement disparu.

Notre collègue, M. Paulet, a bien voulu faire l'examen histologique de la tumeur, et voici les résultats qu'il m'a communiqués après avoir examiné, tant à l'état frais qu'après durcissement dans l'acide picrique, des fragments de cette tumeur :

« La tumeur est manifestement subdivisée en un grand nombre de lobes distincts, séparés les uns des autres par des cloisons d'apparence fibreuse. Ces cloisons ne sont autre chose que les trabécules de l'albuginée, trabécules considérablement épaissies, mais n'ayant, en somme, subi d'autre altération qu'une énorme hypertrophie ; car leur tissu est identique à celui de l'albuginée normale.

« Quant aux lobes, aux espèces de rognons logés dans les grands alvéoles circonscrits par ces trabécules, leur aspect différent peut les faire classer en trois groupes : 1° les uns sont rouges, assez consistants et ressemblent, à s'y méprendre, à de la chair musculaire ; histologiquement, ils sont uniquement constitués par des cellules embryonnaires (*tissu embryo-plastique*); 2° les autres, d'un jaune grisâtre, un peu plus consistants que les précédents, mais de volume sensiblement égal, contiennent, outre les cellules embryonnaires arrondies, des éléments plus avancés dans leur évolution (*sarcome fasciculé, tissu fibro-plastique*); 3° enfin, les géodes de la troisième catégorie sont remplis d'une sorte de détritus presque diffluent, entièrement formé par des cellules embryonnaires dissociées.

« En résumé, la tumeur est un sarcome passé, sur certains points, à l'état de sarcome fasciculé.

« Il est probable que le testicule tout entier a été envahi par le néoplasme; car, malgré mes recherches sur plusieurs points, il ne m'a pas été possible de retrouver des canalicules spermatiques. Toutefois, je me garderai bien de rien affirmer à ce sujet, car la tumeur est très-volumineuse et il pourrait se faire que la portion dans laquelle se trouvent les restes des canalicules glandulaires — s'il s'en trouve — soit précisément celle où je n'aurai pas porté mes investigations.

Cet examen, en éloignant la crainte d'une récidive, confirme l'utilité de l'ablation de cette tumeur.

2° M. Cazin, membre correspondant, à Boulogne, communique la note suivante :

Anus contre nature avec invagination.

Les exemples d'invagination d'un grand bout de l'intestin à travers les anus contre nature étaient autrefois assez communs et leur histoire a été bien faite.

Sabatier leur a consacré un long travail dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (t. XV, p. 40, édition in-18); puis Cruveilhier, dans son traité d'anatomie pathologique, s'est livré à une étude approfondie de ce genre de déplacement, portant la lumière dans cette question jusqu'alors obscure et controversée.

Il n'est resté que peu de chose à dire après lui. Aussi les auteurs classiques plus récents n'ont fait que répéter à peu près ce qu'ont écrit ces deux auteurs. Ils n'ont même pas cité un cas très-remarquable présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie (séance du 20 janvier 1856) : il s'agit d'un enfant où l'invagination double, c'est-à-dire intéressant les deux bouts de l'intestin, disposée en forme de T, avait succédé à un anus contre nature pratiqué à la région lombaire.

Grâce aux progrès de la chirurgie et probablement aussi aux soins plus éclairés dont sont entourés les malades, ces accidents deviennent de plus en plus rares. En effet, le cas du Dr Larrey est le seul que l'on rencontre dans les bulletins de notre Société.

C'est en raison de cette rareté relative que j'ai cru devoir vous lire une observation d'anus contre nature avec invagination à double cylindre, datant de plus de vingt ans.

Obs. — Anne D..., femme mariée, âgée actuellement de 62 ans, eut, en juillet 1839, à la suite de ses couches, une tumeur dans le flanc droit, que son médecin pensa être un abcès des ligaments larges. Jusque-là aucun symptôme du côté des fonctions intestinales. Trois semaines après, le chirurgien incisa largement et donna issue à une grande quantité de pus infect, mais ne présentant pas d'odeur stercorale ; il ne s'échappa pas non plus de gaz. Au dire de la malade, trois heures après l'opération, il sortit par la plaie quelques grains de raisin.

Malgré cette circonstance, il paraît que la plaie guérit assez rapidement, laissant toutefois subsister une ouverture fistuleuse qui, de temps en temps, livrait passage à des matières que la malade trouvait ressembler à ce qu'elle mangeait, une fois même il serait sorti un noyau de cerise.

Que s'était-il passé?

Y avait-il eu erreur de diagnostic, ou peut-on admettre qu'un abcès péri-utérin était en voie de s'ouvrir dans l'intestin, quand l'incision cutanée a été pratiquée, et qu'alors la fistule stercorale a été formée *chirurgicalement ?*

Il serait actuellement impossible d'élucider cette question.

Quoi qu'il en soit, petit à petit il se produisit par l'ouverture fistuleuse

un prolapsus de la muqueuse, qui, de temps en temps, devenait le siége d'une congestion marquée. Bientôt cette congestion devint périodique; elle coïncidait avec le moment de l'époque cataméniale et paraissait suppléer l'hémorrhagie utérine, qui, depuis l'accouchement, avait fait défaut.

Le 27 décembre de la même année, après une fatigue inaccoutumée, la saillie de l'intestin se fit plus volumineuse et devint irréductible. Le lendemain, coliques et vomissements; un lavement simple détermine une selle. La portion d'intestin sortie, très-tuméfiée, prit une couleur livide, la malade envoya le 29 chercher le Dr Gros, en l'absence du Dr Cory. Il trouva une anse intestinale sortie, gonflée, « semblable à la muqueuse du prépuce dans un ancien paraphimosis. » Le ventre était un peu tendu et douloureux à la partie inférieure. Prescription : 16 sangsues autour de la plaie hernière, lavement salé avec miel de mercuriale. Le lendemain soir, l'intestin rentré ne présentait plus qu'une petite saillie en cul de poule.

Rien ne fut tenté pour guérir cette malheureuse.

Depuis lors, les mêmes accidents se reproduisirent à diverses époques; la tumeur sortait et la malade la réduisait elle-même. Graduellement, les matières intestinales se frayèrent un passage par cette voie et le bout inférieur perdit peu à peu ses fonctions. Le liquide des lavements donnés à cette époque déterminait encore quelquefois des évacuations, mais ne sortait jamais par l'anus contre nature.

Il y a plus de vingt ans, l'intestin retourné fit une saillie plus considérable que de coutume, et cette fois la réduction fut impossible. Dès cette époque, il n'y eut plus aucune selle par les voies naturelles.

Dès cette époque aussi, cette pauvre femme, réduite à un grand état de maigreur, conserva pendant le long du ventre et jusque sur les cuisses, une tumeur cylindrique, mollasse, rouge, villeuse, en forme de boudin, légèrement recourbée en arc de cercle du côté de l'abdomen, longue de 25 centimètres, se réduisant un peu par le décubitus dorsal. Sa largeur mesure 6 centimètres au moins à l'état de repos. Nous verrons tout à l'heure que pendant l'acte de la défécation ce diamètre se modifie.

Le boudin est perforé à son extrémité inférieure ou libre. Cet orifice, situé au centre d'un bourrelet assez considérable, est transversal et se dirige vers la cuisse ; on ne peut bien le voir qu'en relevant le cylindre d'invagination. Il livre passage à des matières alimentaires.

Vers la base et en dedans existe une saillie peu marquée d'ordinaire, surmontée d'un orifice qui conduit au bout inférieur et par lequel il s'écoule quelques mucosités. Cette ouverture admet par distension l'extrémité du doigt indicateur jusqu'à une profondeur de 5 centimètres; plus loin, c'est à peine si une sonde n° 20 peut être introduite, tellement le calibre de cet intestin, devenu inutile, s'est amoindri. Le cylindre est le siége de mouvements vermiculaires irréguliers, que le froid et l'excitation augmentent un peu.

La surface de toute la tumeur est lubrifiée par un mucus très-abondant, presque transparent, gommeux, filant, à odeur légèrement spermatique, à réaction alcaline.

Cette surface présente des plis circulaires qu'on serait tenté de qualifier de valvules conniventes, mais qui, de fait, comprennent toute l'épaisseur de la paroi.

L'aspect tomenteux est manifestement dû à la présence des glandes de Lieberkhün et des follicules clos. L'examen le plus attentif ne m'a permis, même à l'aide de la loupe, de trouver trace do follicules agminés ou plaques de Peyer.

J'ai pu assister à un acte de défécation, car il n'y a pas d'incontinence à proprement parler, les fibres musculaires remplaçant jusqu'à un certain point le sphincter. Le besoin est quelquefois précédé de quelques coliques qui l'annoncent; mais le plus souvent il est inconscient. Il arrive fréquemment qu'il se produit très-vite après l'ingestion d'aliments, obéissant probablement à une contractilité d'ordre réflexe. Quelques gaz sortent d'abord, mais pas toujours.

Le mécanisme de l'expulsion estle suivant : le cylindre tout entier se raccourcit beaucoup, comme s'il allait au-devant du bol fécal; le diamètre augmente considérablement, par suite du relâchement des fibres circulaires ; mais en même temps que le bout supérieur, c'est-à-dire celui qui forme la plus grande partie de l'invagination, se raccourcit, le bout inférieur sort davantage et fait une saillie que l'on peut facilement apprécier. Chez le petit malade du Dr Larrey, il en était de même en général; quand le bout supérieur s'allongeait, l'inférieur se raccourcissait et réciproquement. Puis viennent les contractions péristaltiques des fibres circulaires qui, procédant de haut en bas, expulsent la matière fécale.

Fécale n'est pas ici le mot exact, car ce que nous recueillons, de consistance demi-molle, de coloration brun foncé, rappelant celle du méconium, ne présente aucune odeur caractéristique. L'aspect de ces matières varie un peu suivant la nature des aliments ingérés, mais elles ne présentent jamais une grande consistance. Elles tombent au hasard sur les linges nombreux dont se couvre la malade.

Le Dr Cory avait eu l'ingénieuse pensée de recouvrir le boudin d'invagination d'un petit sac de baudruche, facile à renouveler plusieurs fois par jour. Mais madame D... s'est absolument refusée à ce genre de protection. Un des sujets dont on a rapporté l'histoire maintenait sa tumeur dans un vase en terre de forme appropriée.

Cette tumeur n'a, du reste, guère à souffrir du contact des vêtements; car elle n'est pas douloureuse au toucher, on peut la presser assez fortement. Il m'a été ainsi très-facile de sentir le double cylindre d'invagination.

En somme, nous avons affaire à une invagination de l'intestin dans un anus contre nature, invagination comprenant les deux bouts à des degrés divers; ainsi que cela s'observe généralement, le bout supérieur est celui qui forme la presque totalité de la tumeur.

Mais quelle partie de l'intestin est le siége de ce déplacement?

Est-ce le gros intestin? Le liquide des lavements n'a jamais, même au début, été rendu par l'anus anormal; les matières, n'offrant jamais de consistance, ne présentent pas non plus d'odeur stercorale; la ré-

action du suc intestinal n'est pas acide, comme elle devrait l'être dans cette portion du tube digestif; de plus l'amaigrissement est trop prononcé pour que cette première hypothèse soit admissible.

C'est donc l'intestin grêle.

Quelle portion?

L'absence de valvules conniventes, l'état assez avancé de la chymification, la conservation de la vie pendant trente-six ans, qui est la conséquence de cette chymification, fait croire que la tumeur n'est pas formée par la partie supérieure du tube intestinal.

D'un autre côté, l'absence de plaques de Peyer exclut l'idée que nous ayons devant nous une partie de l'iléon proche du cœcum.

J'en conclus que l'intestin est invaginé à la dernière portion de l'léon, mais distant d'au moins un mètre de la valvule iléo-cœcale.

Un dernier mot sur l'état de l'intestin au-dessous de l'anus contre nature. Nous avons vu quel retrécissement offrait le bout inférieur. L'examen de l'anus normal, par lequel il ne sort jamais de mucosités, nous a révélé que l'ampoule rectale était revenue sur elle-même et que le doigt y était serré immédiatement par toute la muqueuse s'accolant pour ainsi dire sur lui.

La malade a succombé presque subitement une quinzaine de jours après mon examen et tous nos efforts pour obtenir l'autopsie ont été infructueux.

Cette mort est venue interrompre quelques recherches physiologiques sur la sensibilité de la muqueuse, sur sa faculté d'absorption et sur les propriétés du suc intestinal indépendant de la sécrétion pancréatique et biliaire, que j'avais commencées et que je destinais à la Société de Biologie.

Au point de vue pratique, pouvait-on tenter quelque chose pour soulager cette malheureuse?

Très-peu, je crois, dans l'état d'épuisement extrême où elle était arrivée.

Mais quelques années auparavant il y aurait eu sans nul doute lieu d'intervenir.

Ce n'était pas ici, évidemment le cas de recourir aux divers procédés de réduction qui ont été proposés, entre autres par Desault. Le retrécissement extrême du bout inférieur devait faire exclure la pensée de songer à la cure radicale de l'anus contre nature, qui eût été possible trente ans plus tôt.

Ceque l'on pouvait faire sans grand danger, après Dupuytren et tant d'autres, c'est de faire tomber l'invagination en masse.

Une grosse sonde de gomme élastique indroduite dans le bout supérieur, pour assurer le cours des matières, on aurait lié sur cette sonde au ras de l'orifice cutané, puis on eût sectionné au-dessous de la ligature. Peut-être eût-il été plus prudent d'employer

un entérotome modifié, ou un entérotome cannelé contenant de la pâte de Canquoin.

Puis, pour éviter la reproduction d'un pareil accident, on aurait pu fermer la fistule par un obturateur.

La malade eût forcément conservé sa dégoûtante infirmité, mais aurait été débarrassée de ce qu'elle avait de plus gênant.

3° M. Th. Anger lit une note sur *les Injections sous-cutanées de sulfate d'ésérine dans le tétanos.*

(Commissaires : MM. Duplay, Panas et Cruveilhier.)

4° M. Panas donne lecture de la note suivante :

Perte des mouvements horizontaux des yeux. — Altération (ramollissement) du cervelet.

La physiologie expérimentale, pas plus que l'anatomie pathologique, ne saurait nous renseigner, quant à présent, sur le siége précis du centre encéphalique *coordinateur* des mouvements *associés* des globes oculaires.

Nous nous rappelons avoir observé, il y a six ans, une vieille femme chez laquelle tous les mouvements des globes oculaires étaient abolis. On aurait dit deux yeux de verre, absolument fixes, sans que les nerfs optiques ni aucun autre compartiment du système nerveux cérébro-spinal en fût en apparence atteint. Il y a plus, les mouvements des paupières étaient conservés et les deux pupilles, plutôt resserrées, restaient sensibles, quoique faiblement, à la lumière.

Le fait que je vais relater offre un intérêt réel, en ce sens qu'il nous apprend, chose jusqu'ici restée ignorée, que des lésions, non plus des pédoncules cérébraux ou des tubercules quadri-jumeaux, comme cela est admis, mais du cervelet lui-même, peuvent influencer les mouvements associés des deux yeux.

Obs. — Le nommé Lecerf, âgé de 39 ans, ébéniste de profession, entre à Lariboisière le 23 mars 1875. Il se plaint de sa vue qui, depuis quatre ans, baisse sans souffrance et sans qu'il ait jamais eu de perte de connaissance. La face est pâle, les yeux hagards, les pupilles moyennement élargies et insensibles à la lumière. L'acuité visuelle, très-réduite dans son ensemble, l'est davantage à gauche qu'à droite. L'examen opthalmoségique permet de constater ce qui suit :

Structure hypermétropique des yeux. Large excavation physiologique de la papille. Veines larges gorgées de sang; artères fines. Tout le reste est physiologique, aussi bien sur l'œil droit que sur l'œil gauche; mais ce qui est le plus remarquable, c'est que tout mouvement d'*horizontalité* des yeux fait défaut, aussi bien isolément que pour les deux yeux

en synergie d'action. Seuls les mouvements d'élévation et d'abaissement existent, quoique réduits, surtout à gauche.

Le 24 mars, à la visite du matin, nous trouvons le malade agité; il pousse des gémissements provoqués par des douleurs avec crampes qui occupent toute la moitié droite du corps et en particulier le bras et la jambe du même côté. La sensibilité cutanée est conservée et le malade répond, quoique très-lentement, aux questions qu'on lui adresse. Cet état va en s'aggravant et le malade succombe dans la soirée.

Autopsie.— 24 heures après. Sérosité en quantité moyenne dans les ventricules. Adhérence des méninges au niveau de la fosse cérébelleuse gauche. Toute la couche corticale du lobe latéral gauche du cervelet est ramollie, grisâtre, sous forme de bouillie, et cela dans toute son épaisseur jusqu'à la substance blanche, qui est saine, ainsi que toutes les autres parties du cervelet et du cerveau. Seule la substance corticale du vermis inferior est elle-même atteinte d'un certain degré de ramollissement.

En définitive, c'est à une lésion limitée à une portion de l'écorce grise du cervelet qu'était due, dans ce cas particulier, la perte des mouvements d'horizontalité des deux yeux.

Rapports.

M. Nicaise lit le rapport suivant sur un fait d'*hydrorachis:*

M. Laroyenne, chirurgien à l'hôpital de la Charité de Lyon, a adressé à la Société une observation d'*hydrorachis* sur un enfant de 3 mois, *traité et guéri par la ligature élastique*.

L'hydrorachis siégeait à la partie supérieure de la région dorsale, au niveau de la première et peut-être dé la seconde vertèbre dorsale. La tumeur avait le volume d'une orange de moyenne grosseur, le diamètre de sa base était de 4 à 4 1/2 centimètres. La peau était amincie vers le sommet de la tumeur et permettait d'apercevoir la transparence du liquide, lequel était réductible en partie par une pression modérée.

M. Laroyenne traverse la base de la tumeur avec deux épingles en croix, au-dessous desquelles il applique un cordon élastique plein, d'un diamètre de deux millimètres et demi; les deux chefs sont passés dans un anneau de plomb que l'on écrase, puis noués par-dessus lui; les épingles sont retirées immédiatement. On n'exerce qu'une constriction modérée pour éviter une section trop rapide du tissu.

Dès le lendemain, l'hydrorachis s'est affaissé par la sortie d'une certaine quantité de liquide au niveau des points amincis de l'enveloppe cutanée. Le troisième jour au soir, ulcération circulaire au-dessous de la ligature; la tumeur tombe le vingtième jour; l'anse

élastique enveloppe alors une épaisseur de tissu d'un diamètre de 7 à 8 millimètres.

Le petit opéré a toujours bien tété, il reste seulement, dit M. Laroyenne, une cicatrice plate, de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Nous avons donc là un exemple de guérison de la tumeur du spina bifida par la ligature élastique, mais il ne faut pas se hâter de tirer de ce fait des conclusions trop favorables à ce mode de traitement.

Je dois rapprocher de l'observation de M. Laroyenne celle qui nous a été communiquée par M. Polaillon dans une des dernières séances. Dans ce dernier fait, il s'agissait, comme vous vous le rappelez, d'un enfant de 16 mois, qui portait un spina bifida à la partie inférieure de la région cervicale. M. Polaillon traversa la base de la tumeur avec une épingle, et plaça au-dessous une anse de caoutchouc. Mais l'enfant ne cessa de crier, il eut des mouvements convulsifs et de la contracture. Au bout de deux jours, M. Polaillon se décida à enlever l'épingle et l'anse de caoutchouc, et déjà la peau était sectionnée au-dessous du lien constricteur. L'enfant sortit de l'hôpital en conservant sa tumeur.

Ainsi donc, sur deux faits, il y a un succès et un insuccès. Il est juste d'ajouter que le procédé employé dans les deux cas n'est pas absolument semblable. M. Laroyenne a enlevé ses épingles aussitôt après l'application du lien élastique, tandis que M. Polaillon a laissé son épingle en place, ce qui constituait une cause sérieuse d'inflammation, qui n'existait pas dans le procédé de M. Laroyenne.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de se prononcer sur la valeur de ce moyen. Le fait de M. Laroyenne montre qu'il peut réussir. Il serait plutôt applicable aux spina bifida de la partie supérieure de la colonne vertébrale, dans lesquels on est moins exposé à trouver des nerfs, que dans ceux de la région dorso-lombaire. Il se rapproche du traitement du spina bifida par la ligature simple, lequel a parfois aussi donné des succès; M. Giraldès a guéri par ce procédé deux cas de spina bifida de la région cervicale.

M. Laroyenne fait remarquer que la section n'a pas porté sur la circonférence étreinte par le fil élastique, mais immédiatement au-dessous de lui. C'est, en effet, ainsi que les phénomènes se passent dans tous les cas, soit dans la ligature simple, soit dans la ligature élastique. Le travail d'élimination ne peut s'accomplir que sur la limite des tissus sains; ceux qui sont enserrés dans le lien constricteur sont destinés à se modifier successivement et sont alors incapables de servir au travail de l'élimination. La ligne de section ne se trouve donc pas dans le plan circonscrit par le lien constricteur, mais immédiatement au-dessous de ce plan.

Comme conclusion je propose:

1° D'adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication;

2° De donner place à son observation dans le *Bulletin* de la Société.

Discussion.

M. Blot eût désiré trouver dans le rapport de M. Nicaise quelques réserves relativement à la conduite tenue par notre confrère de Lyon. Dans les faits qu'il a communiqués autrefois à la Société anatomique, des tumeurs siégcant à la région cervicale de la colonne vertébrale étaient constituées par les hernies des enveloppes de la moelle comprenant dans leurs parois des expansions nerveuses et même une portion de la moelle elle-même. Il faudrait donc se garder de céder trop facilement à des velléités de tentatives opératoires, d'autant plus que souvent la tumeur décroît en même temps que l'enfant se développe. A moins d'indications précises, M. Blot conseille, en conséquence, l'abstention, avec l'usage de simples moyens de protection.

M. Giraldès approuve fort les réserves exprimées par M. Blot. Mais il croit nécessaire de distinguer les cas, car tous les hydrorachis ne se ressemblent pas. Il en est qui guérissent spontanément et auxquels on ne doit pas toucher. Le siége de la tumeur dans la région cervicale ou à la partie supérieure de la région dorsale n'est pas une contre-indication à l'opération, puisque des autopsies ont montré que, dans ces cas, elle ne renferme point d'expansions nerveuses. Dans la région lombaire, au contraire, il existe des adhérences entre les enveloppes et les nerfs, et quelquefois on a trouvé dans la tumeur toute la queue de cheval. Rien de semblable n'a été observé dans la région cervicale, où les tumeurs ne sont parfois que d'anciennes hydrocéphales qui sont descendues graduellement le long du rachis.

M. Houel est moins absolu que M. Giraldès. Si, à la région lombaire, on trouve toujours des nerfs dans les parois de la tumeur, les régions dorsale et cervicale ne sont pas exemptes de dangers, puisqu'on peut y rencontrer la moelle, comme dans un cas de Lenoir, dont la pièce se trouve au musée Dupuytren et où la moelle tout entière, se déviant en quelque sorte de son trajet, venait se présenter à l'orifice de communication, de telle façon qu'elle eût été certainement endommagée si l'on avait pratiqué à ce niveau une section de la base de la tumeur. Cruveilhier a parfaitement décrit ce cas.

M. Desprès. — M. Dubourg, de Marmande, a rapporté des cas de spina bifida traités et guéris par l'incision. Ces cas, de même que

celui de M. Laroyenne, ont été évidemment des cas favorables, dans lesquels la tumeur siégeait à la région cervicale et ne communiquait avec la cavité spinale que par un orifice étroit, rendant la réduction difficile par la pression. Mais il en est d'autres auxquels il ne faut pas toucher; ce sont ceux où le spina bifida siége à la région lombaire et communique largement avec la cavité rachidienne.

M. Giraldès. — Fréquemment les spina bifida de la région cervicale ont guéri spontanément, en laissant un appendice allongé en forme de doigt de gant, dans lequel la dissection décèle un petit canal central, et dont la communication avec le canal spinal s'est oblitérée. Dans ces cas, il est certain que la tumeur ne contient aucune portion de la moelle et peut être enlevée sans inconvénient. Ces tumeurs présentent, d'ailleurs, des variété infinies, suivant que la poche est large ou étroite, le collet plus ou moins resserré. Quelquefois ce dernier existe à la partie moyenne de la tumeur, qui est bilobée.

La question unique qui se présente souvent est de savoir si on doit opérer peu après la naissance ou attendre que l'enfant ait atteint un certain âge.

M. Blot se rappelle parfaitement avoir vu des pièces où des troncs nerveux et des parties de la moelle entraient dans la composition de la tumeur. Suivant M. Giraldès, dans certains cas l'orifice de communication se rétrécit graduellement et la guérison spontanée a lieu; il ne faut donc pas y toucher. Dans d'autres cas, l'intervention chirurgicale détermine des accidents formidables, comme dans l'observation rapportée par M. Polaillon ; là encore l'abstention est commandée. D'ailleurs, le diagnostic des cas opérables et de ceux qui ne le sont pas n'est pas toujours aussi facile qu'a semblé le dire M. Desprès, et même avec une ouverture étroite, l'inflammation peut se transmettre aux enveloppes de la moelle. Il faut donc toujours savoir s'abstenir et attendre, et rien n'autorise à opérer peu après la naissance.

M. Houel.—Dans le cas de Lenoir, la tumeur était ancienne, pédiculée, et néanmoins la moelle déviée avait contracté des rapports avec elle. Il existait en même temps une hydrocéphale. Quant à la réductibilité du liquide contenu dans le sac, son existence ou son absence ne renseignent pas toujours exactement sur le degré de largeur ou d'étroitesse de l'orifice de communication. Ne voyons-nous pas dans les hernies abdominales la pression échouer complétement à faire rentrer les liquides et les gaz, alors qu'il existe

cependant une assez large ouverture. Il se forme, dans ces cas, des espèces de valvules qui empêchent les fluides de passer.

M. Desprès.—J'ai eu l'occasion d'observer jusqu'ici quatre cas de spina-bifida, sur des adultes ou sur des enfants de plus de deux ans, et il m'a toujours été facile de savoir si la tumeur présentait ou non une large communication avec la cavité rachidienne.

M. Dubreuil. — Il n'a été question que des succès qu'a obtenus M. Dubourg ; mais ce chirurgien a eu égalcment des revers ; une fois, entre autres, l'autopsie fut pratiquée et l'on constata l'existence de filcts nerveux dans la tumeur.

M. Nicaise reconnaît que tous les cas ne sont pas opérables, mais il en est dans lesquels on peut intervenir. M. Laroyenne a choisi un de ces cas, et sa communication a eu uniquement pour but de faire connaître un procédé nouveau de traitement.

Présentation d'un malade.

M. Martinet présente, au nom de M. Verneuil, un malade qui a subi la résection de l'astragale le 24 novembre 1873, pour une ancienne luxation non réduite de cet os.

Le redressement du pied n'a pu être obtenu qu'après une résection de l'extrémité inférieure du péroné.

Depuis son accident (1871), le malade n'avait pu marcher qu'à l'aide d'un pilon.

Aujourd'hui, quinze mois environ après l'opération, le malade marche assez facilement; on a remédié à la différence de longueur des deux membres par un soulier à talon élevé.

L'observation est consignée dans la thèse de M. Dubourg, 1871. (*Étude sur les luxations sous-astragaliennes anciennes — Difformités et infirmités qu'elles entraînent.*)

M. Desprès fait remarquer que le malade marche encore assez difficilement.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 19 mai 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu par le secrétaire annuel et adopté après de courtes observations de MM. Giraldès et Blot.

Correspondance.

La correspondance comprend : les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, t. IX, 3e série. — Les *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. XI, 2e série. — *Deux médecins et un thagyrique à Aix en* 1600, par le Dr Chavernac. — *De l'oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine*, par le professeur Hergott, membre correspondant à Nancy.

M. Verneuil fait hommage des brochures suivantes : 1° de la part du Dr Émile Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis : *Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou. — Inoculabilité des pustules d'ecthyma. — Rectum, pathologie médicale* (extrait du *Dictionnaire encyclopédique*). — 2° *Contribution à l'étude des tumeurs du testicule*, par le Dr G. Nepveu, 2e édition.

M. Duplay fait hommage, de la part du Dr Cauvy, de Béziers, d'une brochure intitulée : *Observations de cystotomie*.

A propos du malade présenté dans la dernière séance, M. Verneuil montre les moules du membre pris avant et après l'opération Le malade, qui portait une luxation sous-astragalienne, était dans une position lamentable; il ne pouvait ni travailler, ni même s'asseoir, la position déclive du pied déterminant des douleurs atroces. Il n'était soulagé que dans le décubitus horizontal. La marche n'était possible que sur un pilon et ne pouvait se prolonger plus d'un quart d'heure sans provoquer des douleurs très-vives.

Le malade était entré à l'hôpital pour se faire amputer la jambe. Il existait alors, au côté interne du pied et au sommet du tibia, une vaste ulcération. En outre, M. Verneuil supposa l'existence d'une névrite du nerf tibial postérieur, violemment distendu sur l'astragale luxé.

On pouvait choisir entre les trois opérations suivantes : l'amputation, la section du nerf, la résection de l'astragale. M. Verneuil se décida pour la dernière. La bande élastique d'Esmark fut employée

avec grand avantage. L'astragale était soudé au tibia, si bien qu'il fut impossible de saisir la limite entre les deux os, dont 4 centimètres environ furent enlevés. Une incision externe permit de découvrir le péroné, qui fut coupé avec la pince de Liston. Mais il existait, de plus, une synostose du péroné et du tibia, qui durent être séparés par une section longitudinale faite au moyen de la scie de Larrey. Ce n'est qu'alors que le membre put être redressé complétement.

Un pansement ouaté fut appliqué. Lorsqu'on l'enleva, une légère déviation s'était reproduite. Les douleurs, qui avaient cédé à l'opération, revinrent plus tard, mais disparurent définitivement sous l'influence de l'hyosciamine.

La cicatrisation fut longue, des fusées purulentes s'étant produites dans différentes directions. Aujourd'hui le malade marche convenablement avec un soulier, il n'éprouve plus de douleur et il peut se livrer au travail.

Je me crois autorisé, dit M. Verneuil, à attribuer à la névrite déterminée par la distension du nerf tibial postérieur les douleurs observées chez ce malade, attendu que chez un autre malade, qui a été atteint également d'une luxation sous-astragalienne, mais avec déviation du pied en dedans, rien de semblable ne s'est produit et la marche a été possible sans douleur, bien que le déplacement fût plus considérable que chez le premier.

M. Giraldès.—J'avais, dans la dernière séance, soutenu que les spina bifida de la région cervicale et de la partie supérieure de la région dorsale ne renferment point de nerfs et peuvent être opérés avec succès. J'ai donc examiné avec soin la pièce que M. Houël opposait à cette opinion. Or, sur cette pièce, l'ouverture de communication existe au niveau de la sixième vertèbre dorsale. La moelle, à partir de la région cervicale, se dirige vers cette ouverture, qu'elle atteint au niveau du pédicule de la tumeur. Ce cas ne rentre donc pas dans la catégorie de ceux dont j'ai parlé. Les spina bifida de la région cervicale peuvent s'oblitérer complétement et former des kystes ; jamais on ne trouve de nerfs dans leur épaisseur.

M. Houel avoue s'être trompé quant au véritable siége de la tumeur; mais il en a disséqué d'autres dans la région cervicale, et il a vu la moelle se dévier exactement comme dans la région dorsale, et c'est là ce qui l'eût empêché d'opérer.

M. Blot renouvelle ses réserves sur l'opportunité de l'opération, qu'il croit imprudent de pratiquer d'aussi bonne heure, puisque, d'une part, la guérison spontanée peut avoir lieu, et que, d'autre part, l'opération peut entraîner des accidents sérieux, comme dans

le cas de M. Polaillon. C'est donc une mauvaise pratique d'opérer dès les premiers temps.

Rapport.

M. Perrin lit le rapport suivant sur un travail du Dr Tachard.

Nouvelles applications du syphon à la thérapeutique chirurgicale.

Messieurs,

Le titre du travail de M. Tachard, ainsi que ses déclarations explicites, indiquent clairement que l'auteur n'a pas eu l'intention de soumettre à votre sanction la primeur d'une découverte.

« Je déclare, dit-il, que je n'invoque ici aucun droit de priorité; je désire seulement montrer quels sont les avantages des propriétés du syphon, auquel d'autres, avant moi, ont eu recours. »

Je dois avouer que je ne sais à quelles applications thérapeutiques l'auteur fait allusion, et je suis fort tenté de prouver contre lui qu'il a bien quelque droit de priorité dans l'idée d'utiliser les propriétés hydrauliques du syphon pour remplacer nos aspirateurs.

Je ne connais que deux essais de ce genre : le premier a été mentioné par M. Piorry dans son mémoire à l'Académie de médecine, sur un cas de fistule pulmonaire et sur une nouvelle méthode de thoracenthèse (*Bulletin de l'Académie de médecine*, X, 30, page 534). Il est dit à la 20e conclusion que la nouvelle manière d'opérer « consiste à pratiquer la ponction, comme on le fait généralement, avec un trois-quarts muni de sa canule à robinet, puis d'aboucher à celle-ci, au moment où elle est fermée, nne sonde en caoutchouc formant un syphon, dont l'extrémité inférieure plonge profondément dans un vase rempli d'eau. » Je cite textuellement pour montrer que l'appareil, fort ingénieux du reste, de M. Piorry ne représente point un syphon et ne fonctionne pas comme tel. Une sonde de la longueur d'une sonde uréthrale ordinaire, dont la direction n'est même pas indiquée, ajustée par un bout au trois-quarts et plongée profondément par l'autre dans le liquide, représente un artifice destiné à empêcher la pénétration de l'air, pendant l'expiration, mais non à faire sortir le liquide par aspiration ; cela est si vrai que la première pensée du professeur avait été de placer le malade dans un bain pour faire la ponction sous l'eau, comme l'avait fait déjà M. Barth en 1863, et qu'il n'attribue l'écoulement du liquide à travers son appareil qu'aux efforts d'expiration. C'est donc par abus de langage que le mot de syphon a été employé en cette circonstance. Il n'en est plus de même dans l'appareil imaginé, en 1868, par M. Panas et désigné sous le nom de syphon vésical. Cet

appareil, étudié dans son mécanisme et ses applications par le Dr Gripat dans sa thèse inaugurale. (*Du syphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure*, Paris, 1873), se compose d'une sonde en gomme cylindrique, pourvue de deux yeux, d'un calibre inférieur à celui de la portion la plus étroite de l'urèthre et munie à son extrémité manuelle d'un tube de caoutchouc de 1 mètre à 1 mètre 20, plongeant dans un récipient rempli d'eau, placé sous le lit, et que l'on amorce en le comprimant de haut en bas comme si on voulait le vider de son contenu. Dans le même but, le Dr Chwat, de Varsovie (*Revue des Sciences médicales*, t. I, page 989), a proposé, en 1872, d'adapter un tube en caoutchouc, faisant office de syphon, à une sonde spéciale qu'il emploie pour faire des injections dans la vessie. Ici l'appareil représente bien un vrai syphon, si la jonction du tube avec la sonde ne laisse pas passer l'air. Mais le but poursuivi est tout différent de celui de M. Tachard, qui s'est proposé de faire un nouvel aspirateur capillaire.

A cet effet, il a fait construire par M. Galante un petit appareil que vous avez vu fonctionner et dont voici la description succincte.

Il se compose, comme pièce principale, d'un tube de caoutchouc faisant office de tube-syphon et dans le circuit duquel est adaptée l'aiguille à ponctions filiformes, pourvue d'un ajustage à robinet. A l'une des extrémités du tube-syphon se trouve une double poire de caoutchouc agissant comme une pompe foulante à jet continu, comme dans l'appareil de Richardson; elle est destinée à amorcer le syphon et à pratiquer une injection quand il y a lieu; l'autre extrémité est libre et pourvue d'un robinet. Sur des points situés à proximité de l'aiguille aspiratrice et de la pompe foulante, sont ménagés des index en verre, destinés à observer la nature du fluide qui circule dans l'appareil. Enfin, deux robinets sont adaptés, l'un, entre la pompe foulante et l'aiguille aspiratrice, et l'autre, entre l'aiguille et l'extrémité terminale du syphon.

Pour faire fonctionner l'appareil, on commence par amorcer le syphon, puis on ferme le robinet situé du côté de la pompe : les deux autres robinets, ainsi que celui dont est pourvue l'armature de l'aiguille, étant ouverts, la longue portion évacue par aspiration tout le liquide de la collection. Cette dernière a une longueur d'un mètre environ. En prenant ces dimensions comme base d'évaluation, l'énergie de l'aspiration est représentée par 0,096 d'atmosphère, ce qui permet, suivant l'expérience de l'auteur, de vider en quelques minutes un épanchement contenant deux litres de liquide. Il est aisé de comprendre que la vitesse de débit du syphon peut être ralentie à volonté par le simple jeu du robinet. Si l'on juge utile de pratiquer dans la même séance, soit un lavage, soit une injection

médicamenteuse, on ferme les deux robinets de la longue branche du syphon, on ouvre le troisième et on fait fonctionner la pompe aspirante de façon à injecter la quantité de liquide voulue. Cette première opération terminée, on ferme le robinet qui correspond à la pompe foulante, on ouvre les deux autres, et on rétablit de la sorte le fonctionnement de l'aspiration hydraulique. Lorsqu'il existe une fistule pleurale consécutive à l'empyème et qu'il est utile de pratiquer des lavages, M. Tachard place à demeure dans la fistule deux tubes de caoutchouc ouverts aux deux bouts, juxtaposés l'un à l'autre comme deux canons de fusil, fixés entre eux et maintenus en place à l'aide d'une rondelle de caoutchouc qui s'applique sur la peau. Ces deux tubes sont destinés à être mis en communication, l'un avec la pompe foulante, et l'autre avec la bouche aspiratrice du syphon.

Messieurs, n'ayant pas la possibilité de reproduire dans nos bulletins l'image de l'appareil de M. Tachard, j'ai dû me borner à vous en indiquer le principe. Si je suis parvenu à me faire comprendre, vous jugerez comme moi que l'instrument dont il est question remplit le même but que les diverses pompes à double effet de Sales-Girons, Dieulafoy et Capron, etc. Mais apporte-t-il avec lui un perfectionnement qui lui permette de vivre à côté de ses aînés ? L'expérience seule permettra de juger. Il est d'un maniement aussi commode, il coûte moins cher et il est d'un entretien plus facile. Pour que les pompes fonctionnent bien, il faut qu'elles tiennent un certain vide et, pour cela, que le piston soit en bon état, c'est un bien mince détail lorsqu'on a le fabricant à sa porte. Il n'en est plus de même dans beaucoup de villes de province ; il n'en est plus de même surtout dans les conditions où s'exerce bien souvent la chirurgie d'armée.

On peut reprocher à l'appareil de M. Tachard d'avoir un débit trop lent, d'exercer une aspiration insuffisante pour évacuer des liquides épais, visqueux, chargés de grumeaux, etc. Sans contredit, il fonctionne avec moins d'énergie que la pompe ; mais cette différence ne constitue-t-elle pas souvent un avantage en sa faveur ? En opérant avec moins d'énergie, le syphon conduit au but sans transition brusque, et dès lors sans ébranlement général, sans réaction dangereuse et de la façon qui convient le mieux aux organes pour reprendre leur place et leurs fonctions. La puissance du syphon a paru à l'auteur amplement suffisante pour aspirer les liquides les plus visqueux. Si ceux-ci contiennent des grumeaux, des corps solides plus volumineux que le calibre de l'aiguille, il faudra, quelle que soit l'aspiration, pratiquer une désobstruction.

M. Tachard a eu également l'idée d'employer le syphon pour pratiquer l'aspiration continue dans le but de débarrasser l'écono-

mie des liquides pathologiques au fur et à mesure de leur production. Il se sert, à cet effet, d'un simple tube de caoutchouc, pourvu d'un robinet à l'une de ses extémités. Ce tube, préalablement rempli d'eau, c'est-à-dire amorcé, est introduit par son extrémité libre jusqu'à la partie la plus déclive de la collection. Il suffit alors d'ouvrir le robinet pour que le syphon fonctionne et soit toujours prêt à agir après l'épuisement du liquide, pourvu toutefois qu'il ne pénêtre pas d'air dans la cavité, entre le tube et l'orifice fistuleux.

Le syphon aspirateur est fixé aux pièces de pansement, qu'il traverse dans une direction perpendiculaire au plan du corps, pour ne point être exposé à des flexions forcées qui intercepteraient son calibre ; sa présence n'empêche pas le malade de se lever ni de se mouvoir, à la condition de tenir le robinet fermé pour l'empêcher de se désamorcer, et elle offre l'avantage de lui permettre d'évacuer aussi souvent qu'il le veut les produits de sécrétion.

L'auteur attribue à sa méthode l'avantage de vider les collections purulentes d'une manière complète, d'assurer aux liquides pathologiques un écoulement constant, de s'opposer à la pénétration de l'air et à la rétention du pus dans les parties déclives, de mettre en contact les surfaces suppurantes pour faciliter leur cicatrisation, enfin de soustraire le malade au contact et à l'odeur repoussante de ces suppurations fétides et profuses, consécutives à l'empyème, aux plaies pénétrantes de poitrine, aux abcès du foie, etc. Par cette simple énumération, vous pouvez juger de l'importance du but poursuivi par M. Tachard.

Plusieurs observations relatées en détail dans son mémoire, deux, entre autres, relatives, l'une à un empyème et l'autre à un abcès du foie, démontrent que, malgré la gravité des cas et l'opiniâtreté du mal, l'aspiration continue ou la succion continue, comme la désigne l'auteur, a répondu à ce qu'on attendait d'elle. Je ne puis pourtant enregistrer sans certaines réserves toutes les promesses faites au nom de l'aspiration continue. Celle-ci ne peut fonctionner qu'autant que le vide sera maintenu dans la cavité ou l'espace qui est le foyer de la suppuration ; or cette condition me paraît difficile à réaliser. Nous connaissons tous la facilité et la rapidité avec laquelle le caoutchouc provoque l'ulcération des tissus qu'il touche. Il y a là une porte constamment ouverte à l'ennemi. Sans doute, on peut y porter un certain remède en appliquant au pourtour du tube quelque opercule imperméable et adhésif, propre à rendre la fermeture hermétique ; mais avec quelle facilité l'air se joue de tels obstacles, lorsque son mouvement est sollicité par la plus légère différence de pression ! Pour cette raison, le fonctionnement régulier permanent du tube-syphon maintenu à demeure dans une ca-

vité pathologique ou dans quelque foyer de suppuration ne m'inspire qu'une médiocre confiance.

L'excellente idée de soustraire l'économie au contact du pus au fur et à mesure de sa production ne me paraît pas non plus pouvoir être réalisée dans la grande majorité des cas. Lorsque, par le jeu de l'appareil, la collection liquide sera une première fois épuisée, le syphon ne pourra rester amorcé qu'à la condition d'être appliqué contre un point de la paroi, comme le serait une ventouse. Or, de cette façon l'appareil restera fermé, malgré la reproduction du liquide, tant que la poche ne sera pas assez distendue pour vaincre la puissance de l'aspiration. La disposition des plaies en culs de sac, la multiplicité des foyers de suppuration, la rigidité fréquente de leurs parois, etc. sont encore des raisons pour lesquelles nous croyons peu à l'efficacité de la succion continue dans le traitement général des plaies suppurantes profondes.

Quoi qu'il en soit, les réserves qui précèdent n'ont qu'une valeur théorique ; elles n'auront point pour effet d'amoindrir le mérite de l'appareil ingénieux de l'auteur, mais bien de provoquer de sa part de nouvelles applications.

Aussi votre commission vous propose-t-elle :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur, en l'engageant à continuer ses recherches ;

2° A lui exprimer le regret que l'étendue de son mémoire ne permette pas à la Société de le faire figurer dans ses publications.

Ces conclusions sont adoptées.

Lecture.

M. Verneuil donne connaissance d'une quatrième partie de son mémoire sur la forcipressure.

Présentation de malades.

M. Giraud-Teulon — présente à la Société un malade de M. le Dr Sichel, auquel ce confrère a pratiqué une opération de blépharoplastie par glissement. Pour remplir le vide énorme laissé par une brûlure, M. Sichel a eu recours à la greffe dermique. Cinq lambeaux de peau, enlevés dans la région antérieure de l'avant-bras, servirent à réparer la perte de substance ; trois se sphacélèrent, deux continuèrent à vivre. Le résultat obtenu paraît excellent.

M. Le Fort.—J'ai fait le premier, il y a quelques années, la blé-

pharoplastie en me servant d'un lambeau pris sur le bras, comprenant toute l'épaisseur de la peau et complétement séparé. J'ai réussi parfaitement chez un malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine; j'ai échoué chez un autre et j'ai conseillé depuis, comme vient de le faire M. Sichel, de se servir de préférence de petits lambeaux multiples, plutôt que d'un grand lambeau unique.

Présentation d'instruments.

M. le Dr Pros, de la Rochelle, présente, pour la seconde fois, à la Société de chirurgie, son appareil obstétrical, auquel il a fait subir quelques légères et heureuses modifications. Le but que se propose ce praticien, est moins de faire ressortir les avantages de ces modifications que d'exécuter, sous les yeux de la savante assemblée, quelques manœuvres à l'aide de son forceps seul ou de son appareil obstétrical complet. Toutes les manœuvres sont méthodiques, mais plusieurs font exception aux règles habituelles de l'application du forceps, aussi bien au détroit supérieur que dans l'excavation du bassin en général.

C'est ainsi que, pour les cas d'arrêt de la tête du fœtus au détroit supérieur, dès qu'il a saisi cette tête par son diamètre bi-pariétal entre les cuillers de son forceps, M. Pros n'opère des tractions sur son instrument qu'après en avoir mis d'une manière franche la convexité du plat des cuillers de l'une en avant, et de l'autre en arrière. C'est par une semblable manœuvre que son auteur a pu terminer plusieurs accouchements difficiles, dans des cas où même deux de ses confrères, malgré leur talent bien connu et la persévérance de leurs efforts, avaient échoué.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 26 mai 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la présente séance est lu et adopté après une réclamation de M. Giraldès, au sujet de l'expression de mauvaise pratique employée par M. Blot, et que celui-ci maintient comme traduisant son opinion personnelle.

Correspondance.

La correspondance comprend : 1° les publications périodiques hebdomadaires pour la France et l'étranger. — Les *Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou.*

2° M. Tourainne, médecin aide-major de 1re classe, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Du coton hydrophyle, coton-charpie et de son emploi en chirurgie.*

(Commissaires : MM. De Saint-Germain, Panas et Paulet.)

3° M. Giraud-Teulon dépose, de la part du Dr Savary, du Mans, un travail manuscrit intitulé : *Bec-de-lièvre compliqué avec division double. — Enfant de* 3 *mois* 1/2. — *Opération. — Discussion.*

(Commissaires : MM. De Saint-Germain, Giraud-Teulon et M. Sée.)

4° M. Larrey offre : 1° de la part de M. Hillairet, un travail imprimé intitulé : *Nouveau système de construction de l'ingénieur Tollet;* 2° en son nom, le 1er fascicule du t. XXXIe des *Mémoires de l'Académie de médecine.*

M. Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, demande a être compris au nombre des candidats à une place de membre correspondant national.

Communications.

1° M. le professeur Rigaud, de Nancy, membre correspondant, donne lecture d'un travail sur le *Traitement des varices par le simple isolement des veines dilatées sur un ou plusieurs points de leur trajet.* Ce travail sera publié prochainement.

M. Dubrueil croit devoir rappeler que Delpech, dans les dernières années de sa vie, a employé contre les varices un procédé analogue à celui de M. Rigaud, et consistant à isoler les veines qu'il soulevait par un fragment d'amadou. Ces faits, bien connus des élèves de ce grand chirurgien, n'ont pas été publiés, et d'ailleurs Delpech a renoncé à ce procédé à la suite d'un fait malheureux qui eut un certain retentissement : le sujet opéré d'un varicocèle et mort à la suite de l'opération était le fils d'un général qui commandait à Montpellier.

M. Rigaud croit que Delpech exerçait, en outre, une constriction sur les veines dilatées.

2° M. Notta, membre correspondant à Lisieux, chirurgien de l'hôpital de cette ville, communique le travail suivant :

Sur le traitement de la contusion du périnée compliquée de rupture de l'urèthre et de rétention d'urine.

Quelle doit être la conduite du chirurgien auprès d'un homme atteint d'une violente contusion du périnée sans plaie extérieure, mais compliquée de rétention d'urine et de rupture de l'urèthre ?

Si l'on consulte les auteurs, on ne laisse pas que de se trouver dans un certain embarras.

« Dans ce cas, tout est vague, dit Civiale, la confusion est souvent extrême : il n'y a point de précepte absolu à tracer. La seule chose qu'il ne faille pas oublier, c'est la réserve dans les tentatives de cathétérisme, car pour peu qu'on ait recours à la violence, on accroît les désordres... si l'urine s'amasse dans la vessie, on n'hésitera pas à pratiquer la ponction hypogastrique, comme moyen extrême [1]. »

D'après Phillips [2] les causes, heureusement peu nombreuses, qui peuvent rendre la ponction sus-pubienne *indispensable* sont :

1° Les ruptures de l'urèthre par de violentes contusions sur le périnée ;

2° Les plaies du périnée qui s'étendent jusqu'aux parois de l'urèthre.

M. le professeur Gosselin est d'avis qu'il est préférable de ponctionner la vessie dès qu'on a la certitude que l'urèthre est déchiré, bien que le cathétérisme soit possible. L'impossibilité d'uriner et les dangers de la sonde à demeure dans ces circonstances sont, en effet, un argument puissant en faveur de l'évacuation de l'urine par une voie artificielle [3].

M. Voillemier [4] n'hésite pas à pratiquer des incisions longues et profondes sur le périnée, non-seulement quand il soupçonne qu'une petite quantité d'urine arrivée dans la plaie a rendu un abcès inévitable, mais encore lorsqu'il existe une forte contusion avec un épanchement de sang considérable. « Ne vaut-il pas mieux inciser tout de suite le foyer, extraire les caillots, ouvrir une voie aux liquides épanchés ? On aura une plaie suppurée, il est vrai ; mais ce résultat était inévitable, et au moins on limitera les désordres et l'on aura plus de chance d'éviter une perte de substance. Du reste on ne fera que se placer dans les conditions où l'on se trouve quand la plaie contuse de l'urèthre est accompagnée d'une déchirure des

[1] Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génitaux-urinaires*, 1858.

[2] Traité, 1860.

[3] Ch. Spiess, *Thèse* 1866, p. 83.

[4] Voillemier, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1868, p. 477 et 478.

téguments, et il est à remarquer que ces cas, où les délabrements semblent au premier abord plus considérables que dans ceux où la peau est restée intacte, guérissent généralement sans accidents graves. »

Après ces réflexions si sages et si pratiques auxquelles, il me semble, il n'y avait rien à ajouter, on trouve au bas de la même page. « Lorsque, dès le début, les tentatives de cathétérisme ont échoué, on doit employer les antiphlogistiques avec énergie : saignée, sangsues, bains, etc. — Puis vient une observation de Huguier, qui n'est pas faite pour inspirer une grande confiance dans ce traitement, puisque, malgré son emploi, une infiltration urineuse se produit et le malade succombe.

Reybard[1] se prononce catégoriquement à propos des contusions de l'urèthre. Lorsque le cathétérisme est impossible et la rétention d'urine inévitable, il faudra hardiment et sans retard procéder à l'incision de la tumeur périnéo-uréthrale.

Ces diverses citations, qu'il me paraît inutile de multiplier, prouvent combien est hésitante la pratique des chirurgiens en présence d'une rétention d'urine déterminée par une violente contusion du périnée, compliquée ou non de rupture de l'urèthre. Mais cette hésitation est encore bien plus manifeste lorsqu'on parcourt les observations publiées dans les recueils périodiques ou dans les bulletins de la société de chirurgie.

Tantôt, en effet, on a perdu un temps précieux à employer un traitement anti-phlogistique qui n'a pas empêché une infiltration urineuse de se produire, et il a fallu finir par où l'on aurait du commencer, par de larges et profondes incisions dans le périnée; tantôt on a pratiqué la ponction hypogastrique, qui momentanément soulageait le malade, mais ne rémédiait en rien à la lésion du périnée et n'empêchait pas un abcès de s'y produire.

Ayant été moi-même mis en demeure de prendre un parti et d'agir dans plusieurs cas de cette nature, j'ai pu en apprécier les difficultés et j'ai pensé que les observations de ces malades pourraient offrir quelque intérêt, surtout si, comme je l'espère, on peut en tirer des conclusions au point de vue de la thérapeutique.

Nous ne décrirons pas ici les divers degrés de contusion du périnée et leurs symptômes; cette description se trouve dans tous les traités de chirurgie. Nous chercherons seulement à élucider la question que nous avons posée au commencement de ce travail; elle en trace nettement les limites et en précise le but. Nous commencerons par rapporter les faits que nous avons observés.

[1] Reybard, *Traité pratique du rétrécissement de l'urèthre*, 1853.

OBS. I. — *Violente contusion du périnée; rupture de l'urèthre; rétention d'urine; infiltration urineuse ; incision périnéale ; sonde à demeure ; guérison.*

Marie Léopold, 32 ans, domestique à Ecajeul, est d'une très-robuste constitution. Le 4 novembre 1874, à neuf heures du soir, étant ivre, il se prend de querelle avec son maître, qui est dans le même état que lui. Ce dernier le terrasse et lui donne au périnée de nombreux coups de pied avec ses souliers ferrés. Marie ne perd pas connaissance, se relève et regagne son lit. Dans la nuit il est pris du besoin d'uriner, mais il ne peut le satisfaire. Le lendemain, 5 novembre, deux médecins sont appelés successivement. Ils cherchent à le sonder, mais ils ne peuvent pénétrer dans la vessie. Dans la nuit du 5 au 6, Marie sent que l'urine s'épanche dans les bourses.

Le 6, à six heures du matin, je le vois pour la première fois.

La verge est tuméfiée, son volume est le double de ce qu'il est à l'état normal. Elle est colorée en noir, ainsi que les bourses, le périnée et le haut des cuisses. Les bourses ont le volume des deux poings ; légèrement tuméfiées hier, elles ont acquis ce volume pendant la nuit; la peau en est lisse, tendue; elles donnent la sensation d'une fausse fluctuation. Le périnée est tendu, saillant ; on n'y perçoit pas néanmoins de fluctuation. Le ventre est plat, douloureux à la pression, surtout du côté des aines. La vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis, Les besoins d'uriner sont fréquents et douloureux. Un cathéter introduit par l'urèthre arrive au-dessous de l'arcade pubienne et donne la sensation d'une cavité dans laquelle on peut faire mouvoir latéralement son extrémité. Toutes nos tentatives pour pénétrer dans la vessie sont infructueuses, quelle que soit la forme des sondes et des bougies.

Alors nous pratiquons sur la verge deux longues incisions de six centimètres, sur le raphé du scrotum une profonde incision de quinze centimètres de longueur, enfin sur le raphé médian du périnée, à deux centimètres en avant de l'anus, une incision de cinq centimètres, par laquelle nous arrivons, à une profondeur de 5 à 6 centimètres, dans une cavité pleine de caillots sanguins, où nous rencontrons le bec d'un cathéter préalablement introduit dans l'urèthre. Avec le doigt, nous écrasons ces caillots, et au bout de cinq minutes, le malade rend par la plaie une grande quantité d'urine. Soulagement immédiat. Cataplasmes de farine de lin, repos au lit, boissons délayantes.

Le 7 novembre, on l'apporte à l'hôpital de Lisieux. Des tentatives pour introduire des bougies dans la vessie restent sans résultat. Le scrotum et la verge ne sont plus tuméfiés.

Le 9 novembre, après avoir de nouveau tenté en vain de pénétrer dans la vessie par les voies ordinaires, je place le malade sur le bord de son lit, les cuisses relevées comme pour l'opération de la taille. Un doigt est introduit dans la plaie périnéale, pour bien apprécier la situation des parties ; puis un stylet est introduit dans la direction du col de la vessie et y pénètre. Il sert alors de conducteur à une sonde cannelée, sur laquelle on fait glisser dans la vessie l'extrémité d'un long mandrin flexible

de baleine, préalablement introduit dans l'urèthre et dont l'extrémité sortait par la plaie périnéale. Sur ce mandrin introduit dans la vessie et qui, en dehors du méat, a une longueur de 40 centimètres, je fais glisser une sonde en caoutchouc vulcanisé, percée à son extrémité, et elle arrive ainsi très-facilement dans la vessie; le mandrin retiré, l'urine s'écoule par la sonde, qui est fixée à demeure.

12 *novembre*. Le malade a rendu hier du sang noir poisseux par l'anus. Il s'est également écoulé du sang noir entre la sonde et l'urèthre. Accès de fièvre dans l'après-midi, avec frisson initial. (Sulfate de quinine 0,60 cent. en potion.)

13 *novembre*. Hier les urines étaient sanglantes. Ce matin, l'urine est plus claire (ut suprà). Le malade va bien les jours suivants.

26 *novembre*. L'urine s'écoule difficilement par la sonde : on la retire en la faisant glisser sur le mandrin de baleine et on en réapplique une autre, en se servant du mandrin comme conducteur. Le testicule droit, qui avait été broyé, est sphacelé et se détache ; la plaie scrotale se ferme.

2 *décembre*. La plus grande partie de l'urine sort par la sonde ; on cautérise la plaie périnéale avec le crayon de nitrate d'argent.

14 *décembre*. Douleur dans le cordon gauche, un peu d'inflammation du testicule correspondant ; on supprime la sonde.

15 *décembre*. On pratique tous les jours le cathétérisme avec des sondes Béniqué de 6 à 18 millimètres de diamètre.

23 *décembre*. L'urine s'écoule en grande partie par la plaie périnéale, qui a 5 millimètres de longueur. Après l'avoir cautérisée la veille avec le nitrate d'argent, j'applique deux fortes serre-fines et je réapplique la sonde à demeure.

26 *décembre*. Les serre-fines ont déterminé un point gangreneux à la peau ; on les retire et on supprime la sonde.

30 *décembre*. Le malade quitte l'hôpital. Un peu d'urine s'écoulant par la fistule périnéale, il doit se sonder lui-même tous les jours avec les sondes Béniqué 45, 48 et 50. Quatre jours après sa sortie de l'hôpital, l'urine a cessé de couler par la fistule périnéale.

Le 16 janvier il revient nous voir. Il urine parfaitement. Aucune tendance au rétrécissement de l'urèthre. Depuis huit jours, il a la figure enflée et quelques douleurs de reins; l'urine, qui est peu abondante, présente une notable quantité d'albumine.

15 *avril*. L'albuminurie suit sa marche, mais le canal de l'urèthre est parfaitement libre et la miction se fait très-bien.

Un homme de trente-deux ans reçoit de violents coups de pied dans la région périnéale. Il n'y a aucune solution de continuité à la peau. Mais l'urèthre est broyé, rompu. Le blessé ne peut uriner. Le premier médecin qui vit cet homme au bout de douze heures, ayant constaté que la cathétérisme était impossible, que le bec de la sonde, arrivé au niveau de la région périnéale, ne donnait issue qu'à quelques gouttes de sang noir et pénétrait dans une cavité où il était facile de lui imprimer des mouvements de latéralité, devait-

il pratiquer la ponction sus-pubienne? Je ne le pense pas. A quoi eût-elle remédié? Eût-elle prévenu la suppuration des caillots sanguins accumulés dans la région périnéale autour de l'urèthre déchiré? Non assurément. Eût-elle même empêché quelques gouttes d'urine de s'infiltrer dans les tissus mortifiés? Je n'en suis pas convaincu. Il eût fallu de toute nécessité ouvrir ultérieurement le périnée, de sorte que le blessé n'évitait pas l'incision périnéale et subissait en plus la ponction hypogastrique. Si à ce moment on eût pratiqué une large boutonnière au périnée, on eût évité l'infiltration urineuse qui se produisit dans la nuit suivante, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la blessure.

Lorsque, trente-six heures après l'accident, je vis le blessé pour la première fois, l'infiltration urineuse existait, l'indication était formelle et les larges incisions que je pratiquai, tant sur le fourreau que sur les bourses, l'enrayèrent immédiatement. L'incision périnéale avait bien pour but de combattre l'infiltration urineuse, mais surtout de pénétrer sur le point où existait la solution de continuité du canal. Malgré l'énorme épaisseur des tissus déterminée par l'infiltration de l'urine et du sang, il n'y avait pas moyen de s'égarer en incisant jusqu'à la rencontre du bec de la seconde. Arrivé dans la cavité, j'enlevai avec le doigt quelques caillots, et quelques instants après, j'eus la satisfaction de voir le malade rendre par la plaie périnéale une énorme quantité d'urine. Dès lors j'étais rassuré pour l'avenir : je n'avais plus à craindre l'extension de l'infiltration urineuse, ni la rétention d'urine. Restait la question de restauration du canal.

Au bout de trois jours, les plaies commençant à se déterger et après avoir tenté en vain de pénétrer dans la vessie par les voies ordinaires, j'employai, pour appliquer la sonde à demeure, le procédé que j'avais emprunté à la pratique de M. Demarquay et qui m'avait déjà si bien réussi dans un cas de destruction de l'urèthre accompagné de déchirure des téguments dont j'ai lu l'observation à la Société de chirurgie[1]. La guérison fut rapide, car cinquante jours après, le malade quittait l'hôpital, urinant par la verge et pouvant se sonder facilement avec une sonde métallique de 8 millimètres de diamètre, qu'il dut se passer tous les quinze jours, afin de maintenir le calibre de l'urèthre. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie. Cet homme a été pris d'albuminurie, à laquelle il succombera évidemment ; mais cette dernière maladie n'a rien à voir avec l'affection chirurgicale que nous avons traitée et guérie.

[1] *Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1864, t. V, p. 38.

Obs. II. — *Contusion du périnée; rupture de l'urèthre; rétention d'urine; incision périnéale; opération pour la restauration du canal détruit; uréthrotomie interne; guérison.*

Banet (Joseph), 52 ans, ouvrier maçon, entre le 9 juin 1873 à l'hôpital de Lisieux. Cet homme, grand, maigre, robuste, est d'une excellente constitution; il n'a jamais eu aucune maladie.

Dans la journée du 9 juin, une énorme pierre, pesant environ 3,000 kilogrammes, est tombée sur lui. Il n'a pas perdu connaissance, mais les renseignements qu'il donne n'expliquent pas la nature des lésions que nous constatons. Toujours est-il que quatre heures après l'accident il est apporté à l'hôpital où, en l'absence du chirurgien de service, je suis appelé à lui donner les premiers soins. Les bourses sont énormément tuméfiées; elles sont grosses comme la moitié d'un chapeau, noirâtres, ecchymosées. Disons de suite qu'avant cet accident, il avait une hydrocèle grosse comme les deux poings. Il a eu envie d'uriner, mais il lui a été impossible de satisfaire ce besoin. L'examen minutieux de tout le corps ne révèle que l'existence d'une forte contusion à la jambe gauche. Une sonde métallique est introduite dans l'urèthre. Arrivé sous l'arcade pubienne, le bec de l'instrument tombe dans une cavité, et toutes les tentatives pour pénétrer dans la vessie faites avec cette sonde ou avec d'autres sondes de gomme élastique de toutes formes demeurent infructueuses, un sang noir et épais s'écoule par la sonde. Le périnée est tendu; on sent une fluctuation profonde. A la racine des bourses, sur la ligne médiane, je pratique d'avant en arrière une incision de 5 centimètres, elle pénètre dans une cavité remplie de caillots sanguins, que j'écrase avec le doigt. Quelques heures après, le besoin d'uriner se fait sentir et l'urine s'écoule par la plaie périnéale.

10 juin. Le malade est aussi bien que possible, il est apyrétique, les bourses sont moins tendues. Pendant la miction, toute l'urine s'écoule par la plaie du périnée, il n'en sort pas une goutte par l'urèthre.

Les jours suivants je perds cet homme de vue et, le 1er juillet, en reprenant le service de l'hôpital je le retrouve dans l'état suivant :

L'urine a continué à s'écouler par la plaie du périnée, qui peu à peu s'est cicatrisée, et aujourd'hui, en arrière des bourses, il n'existe qu'un petit orifice fistuleux très-étroit, par lequel se fait la miction. Depuis hier elle se fait difficilement et peu à la fois. Je cherche à introduire une bougie par l'urèthre; elle s'arrête au niveau de l'arcade pubienne. Une bougie très-fine introduite dans la fistule ne pénètre pas dans la vessie. La santé générale est excellente.

2 juillet. La miction a été hier un peu plus facile, mais cette nuit il n'a uriné que goutte à goutte. En présence de cette menace de rétention d'urine, je me décide à pratiquer l'opération suivante :

Le malade est placé sur un lit élevé, comme pour l'opération de la taille; à 3 centimètres en avant de l'anus, je pratique une incision courbe de 8 centimètres, comme pour la taille prérectale, et par une dissection laborieuse au milieu de tissus indurés, je tâche de mettre à nu la portion membraneuse de l'urèthre. N'y arrivant pas, j'introduis un

stylet cannelé dans l'orifice fistuleux situé derrière la racine des bourses. Il pénètre d'avant en arrière et sert de conducteur au bistouri avec lequel j'incise ce trajet. Cette incision rejoint ainsi ma première incision, sur laquelle elle tombe à peu près perpendiculairement. Je fais écarter les lèvres de cette plaie en forme de T renversé, et après des recherches longues et minutieuses, je retrouve l'orifice vésical de l'urèthre. Un stylet fin pénètre dans la vessie et sert de conducteur à une sonde cannelée, qui est maintenue par un aide. Un cathéter métallique introduit par la verge s'arrête au niveau de la symphyse pubienne, où le canal est fermé par du tissu cicatriciel. Un aide fait saillir dans la plaie le bec de la sonde, sur lequel on incise les tissus de manière à ouvrir largement l'urèthre ; l'intervalle qui existe entre les deux bouts de l'urèthre est d'au moins quatre centimètres. Cela fait, à l'aide d'un long mandrin de baleine, comme dans l'observation précédente, j'introduis dans la vessie une sonde en caoutchouc vulcanisé percée à son extrémité. Cette sonde est fixée à demeure et donne à l'urine un écoulement facile. Un tampon de charpie trempée dans de l'alcool est appliqué sur la plaie périnéale. Le malade va très-bien tout d'abord.

Le 4 *juillet*. Dans la matinée, il est pris d'un frisson violent. (Sulfate de quinine 1 gramme en potion pendant deux jours.)

Le 8 *juillet*. Va bien. En allant à la garde-robe, la sonde est expulsée de la vessie et son extrémité vésicale sort par la plaie périnéale. On réapplique cette extrémité dans la vessie directement par la plaie du périnée. Cet accident se reproduit plusieurs fois dans le courant du mois.

27 *juillet*. Frisson, fièvre, besoin continuel d'uriner, douleurs dans le testicule gauche. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre, tisane de queues de cerises, sulfate de quinine, 0,60 centigrammes; on change la sonde.

Même état les jours suivants. Le testicule est le siége d'une vive inflammation le 4 *août*. Le testicule gauche est très-volumineux, rouge, fluctuant. Une large incision ouvre la tunique vaginale, qui est pleine de pus ; il s'en écoule un verre. Le parenchyme testiculaire est sain et a été respecté.

11 *août*. Amélioration. Les besoins d'uriner ont cessé, la sonde est bien supportée, l'appétit est bon. Apyréxie. La plaie du périnée se ferme ; toutes les semaines on la touchera avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 17 *septembre*, le malade va très-bien. On retire la sonde à demeure et les jours suivants, on introduit les sondes Béniqué 43, 45, 47. Avec le bec de ces sondes, on sent, au-dessous de l'arcade pubienne, une bride fibreuse, qu'il est facile de franchir.

Le 21 *septembre*, on opère l'hydrocèle, qui a le volume de deux poings ; ponction et injection iodée. Les suites de cette opération furent très-simples et l'hydrocèle guérit.

Le 18 *octobre*, le malade se sonde lui-même avec de grosses bougies olivaires en gomme élastique, et le 18 octobre, il sort de l'hôpital, urinant très-bien. Quelques jours après, il reprend ses occupations habituelles.

Au commencement de décembre, sans cause appréciable, il est pris tout à coup d'hématurie et de rétention d'urine, et chaque fois qu'il veut uriner, il est obligé de se sonder. Il rentre à l'hôpital le 4 *décembre*. Les sondes Béniqué n°s 40 à 50 pénètrent facilement dans la vessie et néanmoins la rétention d'urine persiste; l'hématurie ne se reproduit pas.

En le sondant, on sent, au niveau de l'arcade pubienne, une bride fibreuse transversale, sur laquelle butte le bec de la sonde et qui paraît former comme une sorte de valvule qui ferme le canal de l'urèthre. Après avoir bien étudié la disposition de cette valvule je pense qu'il y aurait utilité de l'inciser. Dans ce but, j'essaye d'abord l'uréthrotome de M. Maisonneuve; mais il lui est impossible de franchir la valvule, tandis qu'une sonde volumineuse, après avoir butté contre elle, la refoule et glisse dessous. Je fais alors faire par M. Mathieu un uréthrotome ayant exactement la même disposition que celui dont je fais usage[1]; seulement, la lame est située sur le côté concave de l'instrument, de telle sorte qu'elle incisera la face dorsale de l'urèthre.

Le 20 *décembre*, cet uréthrotome est introduit dans l'urèthre jusqu'au col de la vessie : je fais alors saillir la lame tranchante et je retire l'instrument en appuyant fortement en haut, au niveau de l'arcade pubienne, de manière à diviser la bride précédemment décrite. Immédiatement une sonde Béniqué n° 50 passe avec la plus grande facilité, sans heurter la bride. Une grosse sonde à demeure reste appliquée pendant trois jours, pendant lesquels on pratique, ainsi que les jours suivants, le cathétérisme avec les sondes Béniqué n°s 50 à 55.

Le 1er *janvier*, B... quitte l'hôpital pour retourner dans son pays. Le 4 *mars* 1874, il revient me voir, il urine bien; il a eu des rapports sexuels, l'érection se fait bien, l'éjaculation se fait en bavant.

15 *mai* 1875. Depuis quelque temps, il est parfois obligé de se sonder la nuit. Dans le jour, la miction est facile; par le cathétérisme, on perçoit au niveau du périnée une bride contre laquelle butte la sonde; néanmoins on arrive progressivement, en une seule séance, à introduire une sonde de 8 millimètres de diamètre.

Cette longue observation présente plusieurs enseignements, qui méritent de nous arrêter un instant. Lorsque j'examinai ce blessé, quatre heures après son accident, il n'avait pas d'infiltration urineuse; les bourses étaient énormes, mais leur volume était dû à un épanchement de sang et à une hydrocèle très-volumineuse qui existait avant l'accident; le périnée était tendu, la sonde pénétrait dans une cavité pleine de sang située au-dessous du pubis. Après avoir reconnu l'impossibilité de pénétrer dans la vessie, je fis une large incision au périnée, afin d'ouvrir une voie aux urines et de prévenir une infiltration urineuse, qui n'aurait pas manqué de se produire aussitôt que le blessé aurait essayé d'uriner; et il faut le reconnaître, la rétention d'urine et l'infiltration urineuse, qui étaient

[1] Mémoire sur l'uréthrotomie, *Union méd.*, p. 369, t. XVI, 1873.

les premiers accidents à redouter, furent conjurés. Malheureusement le malade fut abandonné à lui-même pendant trois semaines. Si l'on eût, au bout de quatre ou cinq jours, cherché à pénétrer dans la vessie, peut-être eût-on pu y arriver directement; en tout cas, il eût été facile d'y pénétrer en employant le procédé dont nous nous sommes servi dans l'observation précédente. On eût ainsi évité l'opération si laborieuse que nous avons été obligé de pratiquer au milieu de tissus indurés et de cicatrices vicieuses qui maintenaient un écartement considérable des deux bouts de l'urèthre. Cette circonstance n'a pas été sans influence sur la production des brides uréthrales que, plus tard, nous avons été obligé d'inciser pour compléter la guérison de notre malade.

Il ressort de ce fait qu'après avoir pratiqué la boutonnière périnéale, il faut, aussitôt que les tissus sont détergés, faire pénétrer une sonde à demeure dans la vessie; autrement on s'expose à se créer des difficultés des plus sérieuses.

La sonde à demeure paraît avoir déterminé, pendant un moment, de la cystite du col et elle n'est peut-être pas étrangère au developpement de la vaginalite suppurée; cependant nous avons pu facilement nous rendre maître de ces accidents, qui n'ont eu, en définitive, aucune influence sur le résultat final.

Je n'insisterai pas sur les autres particularités que présente cette longue observation, elles ont été relatées avec détail et je ne veux pas m'exposer à des redites.

Obs. III.—*Contusion du périnée; rupture de l'urèthre; rétention d'urine; incision périnéale; guérison.*

Maillard, âgé de 47 ans, d'une excellente constitution, étant à servir les maçons dans une maison en construction, tombe d'une hauteur de trois mètres, à califourchon sur une solive, le 29 septembre, dans l'après-midi. Il ne perd pas connaissance. Il éprouve de la douleur au périnée et rentre à pied chez lui.

Pendant la soirée et la nuit, il n'a pas envie d'uriner; mais le matin, ce besoin se fait sentir, il ne peut le satisfaire. Il vient alors pour entrer à l'hôpital, mais il n'y est admis que le 1er octobre dans l'après-midi. Il n'a pu uriner et n'a rendu par l'urèthre, à diverses reprises et avec de très-vives douleurs, que quelques gouttes d'un liquide sanglant.

Etat actuel, 2 octobre 1869. Les bourses sont tuméfiées, noires, infiltrées de sang; elles présentent cependant une certaine souplesse, qui permet de constater la forme et le volume des testicules, qui sont sains. La teinte noire ecchymotique de la peau s'étend sur tout le pénis. Le périnée, qui a la même coloration, est bombé, dur et saillant, et la portion de l'urèthre qui lui fait suite en avant et qui est recouverte par la racine des bourses se présente sous la forme d'un cordon dur, deux fois gros comme le pouce. La portion libre de la verge est normale. Le blessé rend par l'urèthre avec une extrême difficulté quel-

Paris. — Imp. Paul Dupont, rue J.-J.-Rousseau, 41. (635, 5-5) Le Gérant : G. Masson.

ques gouttes d'urine sanguinolente. Il souffre horriblement du besoin d'uriner; la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic.

Je cherche à introduireun cathéter dans la vessie. Arrivé au périnée, le bec de la sonde s'égare dans une cavité remplie de caillots sanguins. J'essaye sans plus de succès et à plusieurs reprises tout l'arsenal des sondes et bougies de gomme élastique, de divers calibres et de toutes formes, coudées, olivaires, etc. Obligé de renoncer à cette voie, je pratique au périnée, sur la ligne médiane, une incision de 4 centimètres, par laquelle j'arrive dans une large cavité remplie de caillots sanguins. J'en enlève une partie avec le doigt et j'engage le blessé à uriner. L'urine s'échappe par l'ouverture périnéale et la vessie se vide : le malade est immédiatement soulagé. Les jours suivants, la plaie du périnée se déterge et continue à donner passage aux urines. Au bout d'une huitaine de jours, l'urine commence à sortir par le canal de l'urèthre. Une bougie introduite dans le canal pénètre facilement dans la vessie et y est maintenue à demeure pendant quatre jours; puis, les jours suivants, on se borne à passer des bougies de plus en plus volumineuses. Le 1er novembre la plaie périnéale est fermée, et le 9 novembre, le malade quitte l'hôpital, parfaitement guéri.

Chez ce blessé, tous les signes d'une rupture de l'urèthre existaient; il y avait, en outre, une rétention d'urine datant de quarante-huit heures. Il était urgent de prendre un parti. Avant d'inciser le périnée, je me suis demandé s'il ne serait pas préférable de pratiquer la ponction de la vessie au-dessus du pubis, afin de gagner du temps : le sang épanché pourrait se résorber, et on pourrait peut-être introduire une bougie dans la vessie. J'écartai bientôt cette idée en voyant que le bec de la sonde s'égarait dans une cavité artificielle au niveau du périnée et ne pouvait pénétrer dans la vessie. L'incision périnéale permit d'enlever les caillots qui obstruaient l'orifice vésical de l'urèthre et qui, s'opposant à l'écoulement de l'urine, avaient jusqu'alors empêché l'infiltration urineuse. Aussitôt après, le blessé put vider sa vessie.

Vers le huitième jour, quelques gouttes d'urine commencèrent à apparaître à l'extrémité libre de l'urèthre et nous pûmes alors faire pénétrer dans la vessie une petite bougie, dont on augmenta bientôt le volume et qui fut remplacée par une sonde. La guérison marcha rapidement, puisque cinq semaines après le début des accidents le malade sortait guéri. Cette rapidité de la guérison donnerait à penser que l'urèthre n'était que déchiré et non complétement rompu.

En résumé, voici trois cas de contusion violente du périnée, sans plaie extérieure, mais compliqués de rupture de l'urèthre et de rétention d'urine, qui ont été traités avec succès par l'incision périnéale. Or, on a pu voir que ce traitement, appliqué immédiatement, alors que l'impossibilité de placer une sonde à demeure dès le début

a été reconnue, prévient l'infiltration urineuse, empêche la rétention d'urine et donne toute facilité pour le rétablissement du canal de l'urèthre. Si l'on compare ces résultats à ceux qui ont été obtenus par d'autres modes de traitement, ils sont manifestement plus satisfaisants.

La ponction sus-pubienne, qui a été souvent employée pour combattre la rétention d'urine consécutive à une violente contusion du périnée, n'amène qu'un soulagement passager et insignifiant, qui ne remédie en rien à la lésion périnéale. Ainsi, j'ai sous les yeux cinq observations que j'ai rassemblées dans les recueils périodiques, dans lesquelles il y avait rétention d'urine et impossibilité de pratiquer le cathétérisme. On fit la ponction hypogastrique; mais dans tous ces cas, au bout d'un temps plus ou moins long, il se forma des abcès au périnée, qui obligèrent le chirurgien à faire l'incision périnéale par laquelle il aurait dû commencer, de sorte que la ponction a été plus préjudiciable qu'utile au malade. Mais, dira-t-on, l'incision périnéale ne permet pas toujours à la vessie de se vider, soit qu'un caillot sanguin obstrue la portion vésicale du canal, soit que les parties molles broyées et infiltrées de sang forment bouchon. Alors il faut avoir recours à la ponction sus-pubienne. Sans doute, si l'incision ne permet pas à l'urine de s'écouler, il faut faire la ponction vésicale, comme chez le malade de Verguin, dont Chopart raconte l'histoire. Mais je doute que la boutonnière, lorsqu'elle est assez grande et profonde pour permettre d'enlever les caillots accumulés au niveau de la rupture de l'urèthre, ne soit pas suffisante dans le plus grand nombre des cas. Si, exceptionnellement, elle n'empêche pas la ponction hypogastrique, elle met toujours à l'abri des infiltrations urineuses et elle permet de supprimer de bonne heure la sonde placée à l'hypogastre, aussitôt que les parties contuses détergées laissent l'urine s'écouler par le périnée.

Quand la rétention d'urine qui accompagne la contusion du périnée est due seulement à la compression de l'urèthre par des caillots sanguins, sans rupture de ce conduit, on conçoit très-bien que, la ponction sus-pubienne donnant aux caillots le temps de se résorber, le cours des urines puisse se rétablir; mais quand il n'y a pas rupture des parois uréthrales, il est bien rare qu'on ne puisse introduire une sonde ou une bougie dans la vessie, et dès lors la ponction vésicale devient inutile.

A quel moment faut-il pratiquer l'incision périnéale? Aussitôt après l'accident, on doit tout d'abord chercher à introduire une sonde dans la vessie. Mais lorsque, après des tentatives nombreuses, faites avec des bougies et des sondes de diverses formes, avec infiniment de douceur et de ménagement, on a reconnu qu'il existe une rupture du canal de l'urèthre et que le cathétérisme est impos-

sible, il ne faut pas hésiter à pratiquer une large incision, dirigée d'avant en arrière sur le raphé médian du périnée et pénétrant jusqu'au foyer de la déchirure uréthrale. L'extrémité d'une sonde métallique introduite préalablement jusqu'au foyer de la rupture sert de point de repère. La profondeur à laquelle il faut pénétrer est souvent considérable, à cause de l'épaississement des tissus infiltrés de sang. On arrive ainsi sur un foyer rempli de caillots sanguins. Lorsque le besoin d'uriner se fait sentir, l'urine s'écoule facilement par la plaie et l'infiltration urineuse n'est pas à redouter. Au bout d'un temps qui varie entre trois et huit jours, la plaie se trouve suffisamment détergée pour que l'on songe à introduire une sonde à demeure, afin de rétablir la continuité du canal. Nous avons vu dans l'observation II à quels dangers on expose le blessé et quelles difficultés on se prépare pour ne pas pratiquer cette opération en temps opportun.

Lorsque, au contraire, on agit dès que la plaie est détergée, l'introduction de la sonde ne présente pas de difficultés sérieuses. Je ne reviendrai pas sur le procédé opératoire, qui est suffisamment décrit dans le cours des observations; je ferai seulement remarquer que j'emploie pour conducteur de la sonde une longue bougie de baleine, de 70 centimètres, dont l'extrémité est olivaire. Je fais glisser sur cette bougie une sonde en caoutchouc vulcanisé, que j'ai préalablement perforée à son extrémité avec un stylet de fer rougi ; il faut avoir soin que cet orifice soit suffisant pour permettre à la sonde de glisser facilement sur le mandrin conducteur. Les sondes en caoutchouc vulcanisé ont pour avantage de pouvoir rester longtemps à demeure dans la vessie sans s'altérer, de sorte que les changements de sonde sont peu fréquents, une à trois fois au plus dans le cours d'un traitement; et jamais ces sondes n'ont déterminé d'accidents assez sérieux pour qu'on ne put facilement s'en rendre maître, sans être obligé de les retirer. J'ai eu occasion de les employer dans beaucoup d'autres cas que ceux qui sont ici relatés, et toujours avec le même succès.

En résumé, je crois avoir démontré dans ce travail que dans les contusions violentes du périnée, sans plaie extérieure, mais compliquées de déchirures plus ou moins étendues de l'urèthre et de rétention d'urine, on doit tout d'abord chercher à pratiquer le cathétérisme par les voies ordinaires et appliquer une sonde à demeure; mais si ces tentatives échouent, il faut immédiatement faire une large incision périnéale qui pénètre jusqu'au foyer de la déchirure de l'urèthre, déblayer le foyer sanguin des caillots qu'il renferme, et aussitôt que la plaie est détergée, c'est-à-dire du quatrième au huitième jour, appliquer une sonde à demeure dans la vessie, soit que l'on pénètre directement par l'urèthre, soit que

l'on arrive dans la vessie par la plaie périnéale en faisant glisser la sonde sur un mandrin conducteur.

Discussion.

M. Guyon. La pratique recommandée par notre collègue, M. Notta, mérite toute l'attention des chirurgiens. Pour ma part, les cas anciens et récents que j'ai eu l'occasion d'observer m'ont donné depuis longtemps la conviction que l'incision immédiate est indiquée dans les cas de contusion du périnée, avec complication de déchirure de l'urèthre et de tumeur sanguine et urineuse. Dans ces circonstances, non-seulement le cathétérisme est difficile, mais encore il est dangereux, puisqu'il expose à agrandir la déchirure des tissus et à provoquer de nouvelles hémorrhagies. Or, il est des cas dans lesquels le malade, ayant déjà perdu beaucoup de sang par la plaie du périnée et par l'urèthre, est pâle, anémié et ne pourrait sans danger subir de nouvelles pertes. C'est ce qui avait eu lieu chez un homme de mon service qui, à la suite d'une contusion avec division oblique du bulbe, avait eu un écoulement sanguin considérable par l'urèthre. L'intervention périnéale était indiquée d'une manière absolue : on devait éviter non-seulement la ponction vésicale, mais encore le cathétérisme, et pratiquer une véritable uréthrotomie externe sans conducteur, c'est-à-dire rechercher le bout postérieur de l'urèthre et porter une sonde dans la vessie pour l'y laisser à demeure. Dans ces cas d'hémorrhagie, en effet, on ne pourrait attendre sans danger, tandis qu'une fois la sonde en place, il est facile de comprimer le périnée et d'arrêter l'écoulement sanguin.

J'ajouterai que dans ces circonstances, l'uréthrotomie externe sans conducteur n'offre aucune difficulté d'exécution : une simple incision médiane ouvre une cavité remplie de sang et d'urine ; il suffit de déblayer cette cavité de son contenu pour découvrir l'orifice du bout postérieur de l'urèthre. Au contraire, si l'on s'abstient d'inciser par le périnée et que par hasard la guérison arrive néanmoins, il peut se produire plus tard des lésions fort embarrassantes et même irrémédiables. Témoin un malade qui, après avoir guéri dans ces conditions, entra ensuite à l'hôpital avec une tumeur volumineuse au périnée et une incontinence d'urine. Il ne tarda pas à y mourir, et à l'autopsie je trouvai les deux segments de l'urèthre ne communiquant ensemble que par une large poche urinaire ; la vessie et les uretères étaient très-dilatés et les reins altérés. Le malade n'avait uriné que par regorgement.

S'il n'y a pas d'hémorrhagie, on peut attendre, sans trop insister cependant sur le cathétérisme, de peur d'augmenter les dégâts.

M. Sée. J'ai reçu tout récemment dans mon service, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et à quelques jours d'intervalle, deux garçons de 13 ans, atteints de contusion violente du périnée et de rupture de l'urèthre. Tous deux, s'amusant à sauter par-dessus les doubles bancs de nos promenades, étaient tombés à cheval sur la barre qui sépare les deux siéges adossés.

Le premier, amené à l'hôpital plus de 36 heures après l'accident, n'avait pu uriner depuis ce temps. L'interne de garde, après avoir essayé en vain de pratiquer le cathétérisme, avait fait deux fois la ponction hypogastrique avec l'appareil de Dieulafoy, sans parvenir à vider la vessie. Appelé à 9 heures du soir, je réussis à faire pénétrer dans le réservoir urinaire une sonde en argent, que je laissai à demeure et que je remplaçai, deux jours après, par une sonde en gomme. Des scarifications multiples sur le périnée, le scrotum et la verge, énormément distendus par le sang et l'urine épanchés, arrêtèrent les progrès de l'inflammation. Néanmoins une vaste suppuration envahit toutes ces parties; les téguments décollés se mortifièrent dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; plusieurs incisions, un drain passé sous la peau du scrotum et des pansements avec une solution de chloral amenèrent une amélioration très-rapide. Aujourd'hui la plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de vingt centimes et il ne reste qu'une fistule très-étroite, que les progrès de la cicatrisation ne tarderont pas, j'espère, à oblitérer complétement.

Le second enfant fut porté à l'hôpital le 12 avril dernier, pendant la visite; l'accident était arrivé la veille, dans l'après-midi. La sonde, introduite dans l'urèthre, arrivait dans une vaste cavité pleine de sang, qui occupait tout le périnée et remontait au-devant du rectum. Néanmoins, en guidant le bec de la sonde avec l'indicateur de la main gauche introduit dans l'ouverture anale, je fus assez heureux pour le faire pénétrer dans la vessie. Le réservoir vidé, je fixai la sonde et laissai l'enfant soulagé et calme.

Le lendemain, je trouvai l'instrument à moitié sorti du canal et plein de caillots. Je le retirai pour le remplacer; mais il me fut impossible d'enfiler une seconde fois le bout central de l'urèthre. Ces tentatives de cathétérisme, faites avec la plus grande circonspection, durèrent environ dix minutes, après lesquelles, craignant de fatiguer le malade et trouvant la vessie presque vide, j'ordonnai un bain.

Au sortir du bain, vers onze heures du matin, le malade fut pris d'éblouissements et de nausées; vers midi, survinrent des vomissements verdâtres très-copieux.

A une heure, mon interne le trouva la face grippée, le pouls petit et fréquent, la peau froide. L'infiltration du périnée avait fait

des progrès et les parties étaient plus tendues. Une large incision du périnée donna issue à une assez grande quantité d'urine. Une sonde, introduite par le méat et sortie par la plaie, fut ensuite portée vers la vessie, dans laquelle elle parut pénétrer, sans cependant donner issue à une seule goutte d'urine.

Peu après, les vomissements recommencèrent, le petit malade se refroidit de plus en plus, et la mort eut lieu à quatre heures et quelques minutes.

A l'autopsie, je trouvai l'urèthre complétement rompu et les deux bouts du canal distants de trois à quatre centimètres l'un de l'autre. A ce niveau, existe une vaste cavité pleine de caillots, autour de laquelle l'infiltration sanguine et urineuse s'étendait dans tous les sens. *Le péritoine était parfaitement intact* et ne présentait pas la moindre trace d'épanchement. Malgré les recherches les plus attentives, je ne découvris aucune lésion qui pût expliquer la mort. Je ne saurais donc me rendre compte de cette terminaison funeste si rapide qu'en admettant un de ces accès pernicieux qu'on observe parfois à la suite du cathétérisme.

Les deux faits que je viens de raconter sommairement, tout en confirmant les préceptes formulés par M. Notta, me paraissent cependant démontrer qu'on peut être moins absolu que M. Guyon et admettre que, même dans les circonstances les plus graves, celles où un épanchement sanguin considérable, attestant une rupture étendue, est compliqué d'infiltration urineuse, le cathétérisme, fait avec prudence et ménagement, peut rendre des services. Mais ils montrent également que si l'on ne réussit pas, dans les tentatives faites peu après l'accident, à porter une sonde dans la vessie, on devra inciser le périnée immédiatement, puisque l'inflammation qui surviendra inévitablement ne permet point d'espérer qu'on sera plus heureux dans des essais ultérieurs de cathétérisme.

M. Giraldès. J'ai observé un fait qui présente une certaine analogie avec ceux qu'on vient de rapporter.

Un garçon de 12 ans, portant une violente contusion avec plaie du périnée, déterminée par la chute sur une roue de voiture, fut apporté à l'hôpital des Enfants malades; la vessie était distendue et du sang s'écoulait par la plaie et par l'urèthre.

Les internes essayèrent inutilement de le sonder, et je ne fus pas plus heureux le lendemain, bien que je fisse usage successivement de sondes rigides, de sondes molles, de sondes à béquilles, etc. Je fis alors placer le malade sur le bord du lit, comme pour l'opération de la taille, j'incisai sur la ligne médiane et je débarrassai la région des caillots qui la remplissaient; mais il me fut impossible de découvrir l'orifice du bout postérieur de l'urèthre.

Je me décidai à faire la ponction de la vessie et je donnai issue à un litre environ d'une urine sanguinolente. Cela fait, j'engageai le bec de la sonde dans le col vésical et je le fis passer par le périnée, pratiquant ainsi le cathétérisme rétrograde, comme avait fait Roux dans une circonstance analogue. Il me fut facile ensuite de conduire une sonde par le méat jusque dans la vessie et de l'établir à demeure. Ce malade a parfaitement guéri.

M. Marjolin ne peut admettre l'expression d'accès pernicieux dont s'est servi M. Sée.

M. Le Fort. Il importe d'établir une distinction entre les cas où il existe seulement un épanchement sanguin plus ou moins abondant et ceux où il y a un épanchement urineux. La pratique ne doit pas être la même dans toutes les circonstances. S'il n'y a point d'urine épanchée, on peut remédier à la rétention par la ponction de la vessie, qui n'offre point les inconvénients qu'on lui a prêtés ; bien des fois j'ai eu recours à cette opération, en laissant la sonde à demeure, et jamais je n'ai eu d'accident à déplorer. Elle permet d'attendre la résorption de l'épanchement sanguin, s'il est peu abondant, et le retour de la perméabilité du canal ; tandis qu'une incision sur le périnée déterminerait la suppuration de tout le foyer.

M. Notta. Dans les cas signalés par M. Le Fort, la rupture de l'urèthre n'était probablement pas complète ; j'admets volontiers qu'alors la ponction de la vessie peut être utile. Mais quand le canal est complétement rompu, j'estime qu'il faut inciser le périnée, qu'il y ait ou non épanchement d'urine.

M. Guyon. Ce que vient de dire M. Le Fort ne change en rien la thèse soutenue par M. Notta. Quand il existe une grosse tumeur urineuse, s'il y a rupture de l'urèthre, mieux vaut faire l'uréthrotomie que de l'éluder, au moyen de la ponction vésicale, par exemple. Dans le cas de M. Giraldès, l'incision, quoique n'ayant pas conduit à retrouver le bout postérieur de l'urèthre, a cependant eu son utilité.

M. Le Fort. Un épanchement d'urine n'est point un signe certain de rupture complète de l'urèthre, et il importe peu, d'ailleurs, que cette rupture soit complète ou non. Deux circonstances principales sont à considérer dans ces cas : la présence ou l'absence d'un épanchement d'urine, la quantité plus ou moins grande de sang épanché. Le but du chirurgien doit être d'éviter la suppuration du foyer, quand la chose est possible.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Mémoires.

Traitement curatif des dilatations variqueuses des veines superficielles des membres ainsi que de la cirsocèle, par la méthode du simple isolement d'un ou de plusieurs point du trajet des vaisseaux.

par M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale des facultés de Strasbourg et Nancy.

Je désire, dans ce travail, faire connaître une nouvelle méthode opératoire pour la guérison radicale des dilatations variqueuses des veines superficielles, particulièrement celles des membres inférieurs ainsi que celles qui constituent le varicocèle du cordon spermatique (cirsocèle).

Cette méthode est exempte des vrais dangers des diverses opérations qu'on a pratiquées souvent et, depuis longtemps sur les veines; j'aime à croire qu'après avoir connu tous les détails circonstanciés de 160 cas d'opérations dont 140 sur des varices des membres inférieurs et 19 sur des cirsocèles, cas tous authentiques puisqu'ils se sont accomplis dans une grande clinique chirurgicale officielle, les chirurgiens voudront bien expérimenter et pratiquer la méthode que je mets journellement en usage depuis 24 ans; chacun alors pourra être édifié et en apprécier toute la valeur.

C'est en 1851 que je fus amené, par des circonstances particulières de ma pratique, à instituer la méthode que je viens préconiser et dont je veux et puis facilement montrer les avantages réels et constants; je puis même ajouter qu'elle a rempli, dans une circonstance extrêmement grave et qui semblait devoir être le plus éloignée qu'on puisse l'imaginer, de son ressort d'action, des indications formelles avec un succès complet et dont on n'aurait jamais pu, de prime abord, entrevoir l'efficacité.

Je communiquerai ce cas remarquable en terminant la lecture de mon travail.

Je pourrais dire ici toutes les phases et toutes les péripéties par lesquelles j'ai passé, avant d'arriver à instituer la méthode définitive de l'*isolement simple*, ou du *simple isolement*, comme on voudra, des veines superficielles variqueuses, qu'il est souvent si utile d'oblitérer d'une manière définitive, tant pour faire disparaître les inconvénients sérieux qu'elles entraînent à leur suite, et par elles-mêmes, que pour guérir des affections souvent incurables sans cette oblitération.

Les détails que renferme mon mémoire adressé à l'Institut pour

le prix Barbier sont trop longs, je veux les abréger autant que possible : je me bornerai donc à rappeler, qu'après avoir souvent pratiqué, à l'exemple de A. Bérard, de J. Cloquet, de Bonnet (de Lyon) et de bien d'autres, la cautérisation des varices des membres inférieurs, avec le caustique de Vienne appliqué sur la peau, je fus amené à reprendre la manière de faire que conseille Celse, qui voulait qu'on mît la veine variqueuse à découvert, pour en pratiquer la cautérisation directe et immédiate. Je vis pourtant bientôt l'incertitude et les dangers de cette pratique, et j'en vins d'abord à l'idée d'isoler la veine dans toute sa circonférence, puis, à glisser au-dessous d'elle un corps protecteur quelconque, et à la toucher alors légèrement avec le caustique ; ce fut à une cirsocèle que pour la première fois j'appliquai ce procédé; eh bien ! encore, je reconnus un peu plus tard que cette manière de faire avait aussi ses incertitudes et ses dangers : ce n'en fut pas moins un grand pas que je fis vers l'idée de la méthode définitive que nous verrons tout à l'heure.

Après cette indication rapide et rétrospective des faits relatifs au traitement chirurgical des varices des membres, par la cautérisation au moyen de la pâte de Vienne (seule substance caustique que j'ai employée), je formai le projet et j'entrepris d'attaquer les varices du cordon spermatique par le même caustique, mais avec cette nouvelle condition essentielle, si toutefois je trouvais le moyen de la remplir, de ne pas m'exposer à détruire l'artère spermatique et le canal déférent, car le remède serait pire que le mal ; autant vaudrait-il revenir à la castration qui fut plus d'une fois mis en usage au temps de la barbarie chirurgicale. Ce fut en présence d'un cas de cirsocèle qui s'offrit à moi en 1848, que je réalisai le premier progrès essentiel vers la découverte de la méthode *d'isolement simple* des veines à oblitérer, mais à laquelle je n'arrivai qu'un peu plus tard.

Dans une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Strasbourg, le 22 mai 1852, M. Prunaire, après avoir donné les détails du procédé que je suivais alors, rapporte les 7 cas d'opérations que j'avais pratiquées avec succès complet jusqu'à cette époque, et que je qualifie de faits de la première catégorie, c'est-à-dire, ceux où les cirsocèles ont été opérées par isolement du paquet variqueux, suivi d'une légère cautérisation avec le caustique de Vienne, à l'état semi-liquide. J'extrairai seulement de la thèse de M. Prunaire l'observation de M. Carrare, intéressante à divers points de vue de l'histoire générale de cette affection, et je la ferai suivre de celle qui, par l'accident qui survint, me conduisit à l'établissement de la méthode définitive, le simple isolement.

Obs. IV de la thèse. — *Varicocèle gauche.* — M. C..., né en Suisse,

étudiant en médecine à Strasbourg, que je vis pour la première fois au commencement de l'hiver de 1849 à 1850. Le début de l'affection remontait à une époque assez reculée; depuis deux ans environ le malade éprouvait des douleurs lancinantes passagères dans le testicule gauche, avec sensation de pesanteur et de tiraillement, remontant parfois jusqu'à la région lombaire et cela surtout en été après une station debout longtemps prolongée : en hiver toute incommodité disparaissait.

Au printemps de 1848 les symptômes s'aggravent, le malade reconnut le mal dont il était atteint; la tumeur s'étendait du canal inguinal à l'épididyme, où elle formait un paquet volumineux; il diminue par la pression et le repos au lit; il augmente dans la station debout et dans les efforts. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus vives et les tirsillements insupportables; profonde mélancolie, idées de suicide.

(Suspensoir, lotions astringentes, etc., etc.); ces précautions ne servaient qu'à diminuer la sécrétion cutanée abondante du côté malade et l'odeur qu'elle répandait.

Pendant trois mois, je me refusai à opérer M. C...; c'était un de nos élèves, éloigné de sa famille et étranger à la France; pourtant je cédai à ses pressantes sollicitations, surtout voyant l'état de profonde mélancolie et de désespoir dans lesquels il tombait chaque jour de plus en plus.

Opération. Le 7 février 1850. — Incision des enveloppes du cordon, isolement et séparation du paquet veineux d'avec le canal déférent et l'artère; légère cautérisation avec le caustique de Vienne. — Le 22 février, l'escarre tombe; la tuméfaction des bourses a presque totalement disparu; les bourgeons charnus se développent et comblent l'espace qui sépare les deux extrémités du faisceau veineux cautérisé et rompu.

Le 9 mars, la cicatrisation est terminée; la cicatrice est linéaire, longue de 3 centimètres; elle rétracte le scrotum et soulève le testicule de ce côté. Mais voici maintenant un détail d'une haute importance : *le testicule gauche avait éprouvé, pendant la durée de l'affection, une très-considérable diminution de grosseur, l'organe de ce côté était réduit à la grosseur d'un haricot de petit volume; eh bien, il reprit, après la guérison complète et en assez peu de temps, sa grosseur normale et égale à celle du côté opposé.*

Huitième observation, toujours de la même catégorie. Isolement suivi de cautérisation. Cette fois encore un accident grave survint, ce qui me conduisit à l'établissement de la méthode d'isolement simple et sans aucune cautérisation des varices qu'il faut oblitérer pour obtenir la guérison radicale des veines du cordon et de celles des membres (méthode qui est maintenant la seule que je viens ici préconiser). Voyons d'abord ce huitième et dernier cas de la première catégorie.

Je procédai exactement de la même manière dans ce cas que dans les 7 cas que renferme la thèse de M. Prunaire, mais, par suite de l'extension du caustique bien au delà des limites prévues, l'artère et le canal déférent furent atteints, quoique j'eusse pris les mêmes

précautions que précédemment pour les mettre à l'abri; la quantité de caustique avait sans doute été un peu trop grande : le testicule fut frappé de mort, la chute des escarres se fit lentement et la guérison s'acheva sans dangers nouveaux, mais le testicule gauche était perdu.

Profondément affecté de ce fâcheux résultat, je cherchai comment je pourrais prévenir le retour d'un tel malheur. Alors, il me revint en mémoire le souvenir de cette curieuse circonstance, qui, jusque-là, n'avait pas suffisamment fixé mon attention, à savoir que, au moment où j'avais mis à nu le paquet variqueux du cordon, chez plusieurs de mes opérés et plus particulièrement chez le dernier, aussi bien que dans plusieurs cas où j'avais mis à découvert, à la manière de Celse, les veines des membres, ces vaisseaux, étaient revenus sur eux-mêmes, leur minces parois s'étaient rétractées et avaient perdu leur transparence; elles s'étaient, en quelque sorte épaissies par leur retour sur elles-mêmes au point de perdre en peu d'instants, dans quelques occasions, la moitié de leur volume. Ce fut un trait de lumière ; ne pouvais-je pas espérer que, sous l'influence de la seule action de l'air, la rétraction du tissu veineux bien isolé de toutes parts, et peut-être aussi l'influence de l'air sur le sang, à travers la mince épaisseur des parois vasculaires, pourraient aller jusqu'à l'occlusion de la veine, où des coagulums se formeraient et qu'elle serait ainsi définitivement oblitérée? Alors, plus de danger à redouter de l'action trop étendue du caustique, dont je supprimerais entièrement l'emploi.

Guidé par cette heureuse pensée, je résolus d'appliquer cette nouvelle méthode à la première occasion qui m'offrirait soit des varices des membres, soit une cirsocèle, où je trouverais l'indication formelle d'opérer. Ceci se passait en 1851 ; bientôt cette bonne fortune m'advint, et aussitôt je fis l'application des idées et des principes auxquels je m'étais arrêté, sur deux malades atteints de varices des membres pelviens. Voici ces deux faits décisifs.

MÉTHODE DE L'ISOLEMENT SIMPLE.

OBS. I. — *Varice des jambes, isolement simple.*

Georges Schilling, ouvrier brasseur, 31 ans, entré à la clinique chirurgicale de Strasbourg, le 29 juillet 1852. Constitution molle, tempérament lymphatique.

Depuis quatre ans, il est atteint de varices aux deux jambes, mais surtout à la jambe droite, où il s'est produit, au tiers inférieur, un ulcère variqueux fort étendu. Les varices sont volumineuses, flexueuses, et présentent des renflements (ampoules) en divers points.

Une incision longitudinale au tiers supérieur de la jambe et dans le sens de la veine, sur un pli transversal soulevé par un aide et par l'o-

pérateur, met la veine à découvert, et le vaisseau est détaché complétement des parties sous-jacentes, et soulevé par un morceau de sonde de gomme élastique passé au-dessous de lui et dont les deux bouts sont réunis au moyen d'un fil lâche, qui ne la comprimait pas et qui ne la touchait même pas, car la sonde était courbée en arc. Le vaisseau fut ainsi laissé exposé à l'air.

Le surlendemain, l'oblitération de la veine et de ses affluents par caillots est complète; les veines étaient devenues consistantes, roulant sous le doigt et ne se laissaient pas déprimer. La plaie est en bon état, un peu de rougeur au pourtour.

Le 4e jour, la veine semble vouloir se ramollir et se rompre.

Le 7e jour, la veine exposée à l'air présente en un point une sorte de détritus qu'emporte le lavage et elle est séparée en deux bouts ; la plaie marche rapidement vers la guérison et le malade est parfaitement en état de sortir de l'hôpital après un séjour de 2 semaines, l'ulcère est presque entièrement guéri.

Obs. II. — *Varices des jambes. — Isolement simple. — Guérison.*

Eissenauer (Jean), maçon, 48 ans, est atteint depuis une quinzaine d'années d'un grand nombre de varices qui se réunissent toutes dans le tronc commun de la saphène interne.

Il y a 9 ans qu'il eut une fracture de la jambe, avec contusion violente; celle-ci sous l'influence des varices, se convertit en ulcère variqueux de la grandeur de la paume de la main et très-douloureux.

Opération le 6 novembre 1852. — Après avoir préalablement fait marcher le malade pendant plusieurs heures, une ligature peu serrée au moyen d'une bande à saignée est placée au milieu de la cuisse et la saphène est mise à nu et isolée au tiers inférieur de cette section du membre inférieur, une sonde élastique est passée au-dessous et fixée comme dans le cas précédent et la veine est laissée exposée au contact de l'air, etc., etc.

Le 19 novembre, 6 jours après l'opération, la veine se rompt spontanément et laisse échapper la sonde, pansement simple.

Le 1er décembre, l'ulcère variqueux est complétement cicatrisé et la plaie qui a servi à mettre la veine à découvert et à l'isoler, est en pleine voie de guérison. Eissenauer quitte l'hôpital avant la fin du mois.

Après ces deux faits décisifs, ne me trouvais-je pas entraîné nécessairement à faire l'application de la méthode d'isolement simple que je viens de faire connaître dans les deux cas précédents, où je venais de l'appliquer aux veines des membres, n'étais-je pas forcément conduit à la mettre en usage, pour la guérison de la cirsocèle, où elle me mettrait certainement à l'abri du fatal accident que j'ai rapporté et dont je vous ai donné le très-court résumé.

Voici le fait remarquable qui fonda définitivement, je puis le dire, la nouvelle méthode appliquée à cette affection (la cirsocèle) qui parfois, est très-sérieuse ou même très-grave, et depuis lors je

n'en ai jamais employé d'autre, tant pour la cirsocèle que pour les varices des membres.

Mais avant d'aller plus avant, quelques mots seulement sur l'affection elle-même.

Dans l'histoire générale de la *cirsocèle* il se présente deux cas, celui où l'affection n'occasionne au malade qu'une incommodité légère, et celui où cette maladie est le point de départ d'inconvénients plus ou moins grands, des souffrances cruelles, qui vont parfois jusqu'à rendre la vie insupportable et ont même été jusqu'à porter au suicide les malheureux qui en étaient affectés. Ce dernier fait avancé par nombre d'auteurs et de praticiens et que je croyais entaché d'exagération, m'est avéré maintenant par l'observation de M. Carrare dont je vous ai donné le résumé avec certains détails très-remarquables à différents points de vue. M. le Dr Bergeron m'a dit avoir observé un fait analogue dans le service de M. le professeur Richet.

Dans le cas où le varicocèle du cordon n'est pour celui qui le porte, qu'une incommodité légère, le traitement palliatif seul est indiqué : dans le cas contraire l'opération est nécessaire et le chirurgien est parfaitement autorisé à agir.

ÉTABLISSEMENT DÉFINITIF DE LA MÉTHODE.

Obs. I. — *Cirsocèle opérée par la méthode de l'isolement simple.*

M. M..., jeune homme de 33 à 34 ans, de Saint-Laurent, près d'Épinal, vint réclamer mes soins, en août 1854, pour une cirsocèle gauche. (Dans l'espace de 40 années, soit dans les divers services des hôpitaux de Paris, soit pendant les quatre années de l'exercice de mes fonctions comme membre du bureau central, et depuis, dans l'hôpital de Strasbourg, où j'ai professé la clinique chirurgicale pendant trente ans, ainsi que dans ma pratique privée, je n'ai vu que deux cas de cirsocèle du côté droit, et encore l'un des deux, fort peu considérable, accompagnait-il une cirsocèle volumineuse du côté gauche.)

La dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique était pesante et fort gênante pour le malade, et de temps à autre, elle lui causait de vives douleurs, ce jeune homme désirait beaucoup en être débarrassé et croyait qu'à cette seule condition il pourrait songer à se marier.

Je m'efforçai de l'éclairer sur ce point, et l'engageai à se borner à l'usage d'un suspensoir, à des applications froides et astringentes, à veiller à la complète liberté du ventre; mais il n'en persista pas moins à réclamer une opération curative et j'y accédai.

Après chloroformation complète, un large pli transversal fait à la peau des bourses, sur le milieu de la tumeur variqueuse, fut sectionné jusqu'à sa base; les lèvres de la plaie, largement écartées, laissèrent voir les vaisseaux groupés, tortillés, enroulés en quelque sorte et d'une coloration bleu noirâtre très-prononcée, en raison de l'amincissement des parois veineuses.

Le canal déférent et l'artère spermatique, ou les artères spermatiques (nous en trouvâmes deux), furent isolés avec le soin minutieux que commandait le peu d'épaisseur des vaisseaux dilatés, dont nous observâmes, en cet instant et avec une grande attention, le reserrement, la notable diminution de leur volume, l'augmentation de leur opacité qui leur rendit une couleur grisâtre et enfin leur accroissement de densité, qui rendit leur isolement moins dangereux à la fin de l'opération. Alors un ruban de linge double, de la largeur de deux travers de doigts, fut passé sous le paquet variqueux que nous recouvrîmes de charpie sèche; la charpie, maintenue par un léger bandage, constitua tout le pansement.

Le 3e jour, la suppuration établie nous permit de renouveler la charpie et le ruban de linge que nous passâmes avec précaution; mais déjà le paquet vasculaire était comme momifié; les jours suivants nous remarquâmes qu'il s'amincissait rapidement et le dixième jour il se rompit tout seul, après s'être étiré de plus en plus et s'être réduit à la grosseur d'un simple cordonnet; les deux petits moignons du paquet variqueux, solides, durs et parfaitement cicatrisés, assuraient la guérison radicale : aucun accident ne survint, et nous n'observâmes rien de plus que l'inflammation suppurative inévitable et même nécessaire.

M... n'avait ressenti, peu de temps après l'opération, qu'une légère douleur, assez insignifiante, dans le trajet inguinal, aucune fonction ne fut troublée.

Au bout de trois semaines, il était complétement guéri.

J'ai revu M... à Saint-Laurent, un an après son opération; il était complétement débarrassé de sa cirsocèle et des incommodités qui l'avaient accompagnée. Ce que je constatai avec le plus grand soin, c'est la conservation parfaite du volume de son testicule gauche, qui était aussi gros que celui du côté droit; la sécrétion du sperme était normale et l'année suivante M... se maria; il me fit ultérieurement connaître, à diverses reprises, qu'il était père de plusieurs enfants d'une superbe organisation, ajoutant chaque fois : « Conservation de ma guérison complète. »

Ce fut ainsi désormais que je mis en pratique, pour la maladie en question, ce traitement si simple, radical et tout à fait exempt de dangers qui lui soient propres. J'ai toujours eu, depuis, le bonheur de voir le paquet veineux ainsi isolé de toutes parts et simplement exposé à l'air, cela dans une longueur de 4 à 5 centimètres, s'oblitérer, se dessécher, se momifier et le plus souvent bientôt se rompre spontanément, de manière à assurer une guérison absolue. Dans deux cas, le paquet veineux oblitéré et complétement solidifié, non rompu, mais transformé en un cordon fibreux, se recouvrit de bourgeons charnus, après l'exfoliation de quelques lames superficielles, et la guérison fut également parfaite et définitive.

Obs. II. — *Cirsocèle simple* (1854).

M. M..., pasteur à Oberbronn, 32 ans, vint à Strasbourg, me réclamant avec instances, une opération capable de le guérir d'une cirsocéle douloureuse et extrêmement incommode, dont il était porteur depuis 8 à 9 ans; les souffrances et la gêne extrême allaient toujours en s'accroissant; du reste, sa santé n'en était pas sérieusement influencée, mais il se sentait entraîné vers une profonde mélancolie.

Les conditions me paraissant favorables au succès d'une opération, je cédai au désir exprès et instant du malade. L'opération fut très-simple et l'artère spermatique fut très-facilement distinguée des veines, au touchpr et même à la vue; et une lame de diachylum gommé de la largeur de 3 centimètres fut passé sous les veines, pour les séparer complétement du canal déférent et de l'artère.

La réaction inflammatoire fut peu intense, la suppuration s'établit, elle fut peu abondante et il n'y eut que peu de douleurs le long du cordon vers l'abdomen. Le faisceau veineux se rompit et en trois semaines la guérison était complète.

Toutes les incommodités dont se plaignait M. M... avant l'opération, ne se firent plus sentir; la marche était parfaitement libre et le sentiment de pesanteur avait complétement disparu; le testicule conserva son volume normal.

Obs. III. — *Cirsocèle. — Isolement simple* (1854).

M. X..., de Belfort, entré à l'hôpital de Srasbourg, portait une cirsocèle gauche de volume considérale et qui déterminait un sentiment de pesanteur extrêmement pénible, avec véritables douleurs qui s'étendent jusque dans la région des reins et dans la fosse iliaque interne ; constipations habituelles, épididyme un peu augmenté de volume, non douloureux à la pression. Opération : simple isolement des veines.

Incision de la peau sur un pli transversal dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Le plexus pampiniforme, isolé de toutes parts, fut soulevé avec un ruban de caoutchouc de la largeur de deux travers de doigts et recouvert avec un plumasseau de charpie sèche.

Dix jours suffirent pour amener la rupture spontanée du paquet veineux et la plaie tégumentaire fut promptement cicatrisée. Le testicule avait conservé son volume et l'épididyme avait repris le sien : plus de douleurs et le malade nous disait qu'il éprouvait un véritable soulagement du sentimentde pesanteur qu'il ressentait auparavant. Je dois ajouter qu'après la cicatrisation de la plaie, il se forma un petit noyau inflammatoire, suivi de suppuration, au-dessus de l'angle supérieur de la cicatrice, ce qui retarda le retour du malade dans ses foyers, mais qui dès qu'il fut ouvert se cicatrisa rapidement.

Obs. IV. — *Cirsocèle. — Isolement simple* (1857).

M. X..., instituteur dans le Haut-Rhin, vient à l'hôpitalde Strasbourg, réclamant l'opération qui devait le guérir de la cirsocèle qu'il portait à gauche et qui le gênait souvent beaucoup, pendant l'exercice de ses

fonctions et le rendait, nous dit-il trop irritable, ce dont il voulait guérir, car c'était pour lui, vis-à-vis des enfants dont il dirigeait l'école, un inconvénient grave, un véritable malheur.

L'opération faite, tout marchait rapidement vers la guérison, lorsqu'il survint un phlegmon dans le trajet inguinal; le phlegmon traité avec l'énergie que comportait l'état général du malade, suppura et la suppuration ayant suivi le trajet du cordon, vint s'échapper sous l'angle supérieur de la plaie, qui très-heureusement avait été prolongée un peu plus haut que nous n'avions eu d'abord l'intention de le faire.

Après cinq semaines de séjour à l'hôpital, M. X... sortit entièrement guéri et heureux du parti qu'il avait pris de venir se faire opérer.

Chez notre instituteur le paquet veineux isolé, ne se rompit pas; il se transforma en une sorte de cordon fibreux auquel le testicule resta suspendu. Fallait-il appréhender que quelque branche vasculaire redevînt perméable et exposât le malade à une sorte de récidive? Tout à l'heure nous verrons un cas semblable de rupture, mais nous n'avons eu aucune connaissance de la réapparition de quelques veines variqueuses.

Obs. V. — *Cirsocèle. — Isolement simple* (1860).

L..., rentré à l'hôpital de Strasbourg, varicocèle peu volumineux mais fort douloureux, malgré l'usage du suspensoir.

L'opération fut ce qu'elle avait été dans les cas précédents; seulement les veines étant bien isolées, nous remarquâmes que l'artère spermatique était infiniment grêle, nous eûmes beaucoup de peine à en sentir les battements, ce qui nous fit rechercher si nous n'en découvririons pas une seconde branche au milieu des veines, et c'est en effet ce que nous trouvâmes; nous la séparâmes avec soin et nous la rejettâmes en arrière avec l'autre branche artérielle et avec le canal déférent, les séparant ensemble du paquet variqueux. Un mois après son entrée à l'hôpital, il en sortit totalement guéri. Le résultat définitif fut excellent, et le testicule conserva tout son volume.

Obs. VI. — *Cirsocèle. — Isolement simple.*

M. X... vint s'établir, à la Toussaint de 1862, maison de santé de Strasbourg, pour se faire débarrasser d'un varicocèle déjà ancien et dont il faisait remonter l'origine à 8 ou 9 années. Le malade, qui se plaignait de douleurs assez vives, voulait se marier et considérait son varicocèle comme une maladie honteuse; je m'efforçai en vain de le rassurer. Le coït, disait-il, produisait une augmentation notable du volume de la tumeur, et s'accompagnait de sensations douloureuses.

Je procédai comme précédemment, et le résultat fut également et parfaitement heureux. Ici, nous eûmes l'occasion d'observer pour la seconde fois que le paquet veineux isolé ne se rompit pas et se transforma en un cordon fibreux continu.

Obs. VII. — *Cirsocèle. — Isolement simple* (1865).

Schr. (Louis), maçon, 35 ans, fut opéré comme les six malades précédents. Tout marcha régulièrement durant les deux semaines qui

suivirent l'opération ; la plaie se couvrait de bourgeons charnus, lorsque survint la pourriture d'hôpital, de forme pulpeuse. Une couche épaisse de camphre pulvérisé dont je couvris la plaie deux fois par jour, et un traitement général approprié (infusions diaphorétiques, vin et sirop de quinquina, purgatifs, régime nutritif et tonique) nous eurent raison de cette complication en moins de huit jours. Elle marcha dès lors rapidement vers la cicatrisation, et sept semaines après l'opération, Schr. était complétement guéri.

Intégrité parfaite au testicule.

Obs. VIII. — *Cirsocèle. — Isolement simple.*

Muller (David), 25 ans, forgeron (20 novembre 1867). Douleurs dans le testicule gauche depuis huit semaines environ, survenues sans cause appréciable et devenues de plus en plus fortes; gonflement sous l'influence de la marche et de la fatigue. Le repos au lit faisait notablement diminuer le volume et les douleurs.

A l'entrée du malade à l'hôpital, nodosités variqueuses des veines du cordon ; celles du côté droit paraissent aussi légèrement dilatées.

Opération le 20 novembre 1867, le malade étant chloroformé.

Comme dans les observations précédentes, incision de la peau, puis isolement du canal déférent, de l'artère spermatique et de quelques branches nerveuses du génito-crural; sous le paquet veineux l'on passe un assez large ruban de toile pour l'isoler entièrement; de la charpie sèche recouvre les veines et la plaie.

20 novembre. — Douleurs assez vives le long du cordon (10 centigrammes d'opium).

21 novembre. — Beaucoup moins de douleurs; la bandelette de linge est remplacée par un ruban de caoutchouc.

22 novembre. — Les veines sont encore perméables au sang; peu d'inflammation.

30 novembre. — Le paquet des veines forme un cordon dur par suite du retrait de leurs parois et de la formation de caillots dans leur cavité.

11 décembre. — Le paquet veineux est réduit à un cordon fibreux de la grosseur d'une sonde de trousse, qui s'amincit de plus en plus ; mais comme il semblait devoir tarder encore à se rompre, on l'étreint avec un fil qui le coupe ; mouvement fébrile assez prononcé.

19 décembre. — On découvre un épanchement pleurétique assez considérable dans le côté droit (ventouses, puis vésicatoires) ; l'épanchement se résorbe et le malade peut quitter l'hôpital, le 25 janvier 1868. La plaie de l'opération est entièrement guérie depuis longtemps. Le malade ne ressent plus aucune douleur et l'on ne trouve plus de traces de la cirsocèle.

Obs. IX. — *Cirsocèle. — Isolement simple.*

L... (Jules), 24 ans, entré le 21 mars 1868 dans mon service de clinique chirurgicale ; cirsocèle gauche datant de dix ans ; peu de douleur, si ce n'est à la suite d'une longue marche. Comme il a été refusé pour

le service militaire, à cause de cette infirmité, il désire vivement en être débarrassé afin de pouvoir prendre du service dans l'armée.

Opération le 25mars 1868. Deux artères existent, un ruban de caoutchouc de la largeur de trois centimètres environ est glissé sous le paquet veineux; réaction fébrile le lendemain. Le soir, la température s'éleva à 39°4; le pouls à 110. La suppuration survient le troisième jour, elle est assez abondante et fétide (pansement avec le vin aromatique, puis cataplasmes).

28 mars. — Températuro de 28°2 le matin et 38°8 le soir, plus quelques légers frissons.

30 mars. — Sensibilité assez vive du ventre, léger ballonnement ; la sensibilité siége dans un espace assez restreint de la fosse iliaque *droite*, par conséquent du côté opposé à la cirsocèle opérée ; constipation ; température 38°2, pouls 92 (lavement purgatif, 10 sangsues sur le point douloureux, cataplasmes).

1er avril. — La peau de la partie inférieure des bourses noircit et se sphacèle dans l'étendue d'une pièce de 5 francs; fièvre 39°4, pouls 104, face abattue.

2 avril. — La gangrène de la peau se limite, la portion sphacélée tombe et laisse le testicule à nu, mais parfaitement intact; la suppuration est abondante.

5 avril. — Amélioration notable de l'état général (du 6 au 15 avril), progrès rapides vers la guérison. Le testicule se couvre de bourgeons charnus ; la peau des bourses, détachée dans une certaine étendue, est ramenée par glissement sur le testicule, et je la réunis par quelques points de suture ; tout se passe à satisfaction et bientôt le malade se lève et rend divers services dans la salle. Enfin, le 1er juin, la guérison est parfaite.

Obs. X. — *Cirsocèle. — Isolement simple* (1874).

M. V..., officier de cavalerie. Varicocèle dont les premiers symptômes remontent à la guerre d'Italie. Le testicule gauche, un peu diminué de volume, est très-sensible à la pression et le siége de tiraillements douloureux.

En février 1874, on constate à la partie supérieure du scrotum, à gauche, une tumeur allongée de la grosseur et de la longueur de deux noix superposées; elle a tous les signes d'une cirsocèle.

Opération par l'isolement simple des veines du plexus pampiniforme.

Les jours suivants fièvre (39°2), doulours générales ; suppuration d'une abondance extraordinaire; quatre pansements par jour et chaque fois on recueille plein un verre de pus. L'état général satisfaisant; à la partie inférieure, au-dessous du testicule, contre-ouverture et drainage.

A partir du 22 mars, la suppuration commence à diminuer ; le drain remplacé d'abord par un double fil est retiré ensuite. Le paquet variqueux isolé est dur et compacte.

Le 10 avril, deux mois après son entrée à l'hôpital, M. V... part entièrement guéri.

Obs. XI. — *Cirsocèle. — Isolement simple.*

L... (Lucien), 19 ans, habitant Épinal, entré à l'hôpital Saint-Léon, à Nancy, le 9 novembre 1874, dans le service de M. le professeur Rigaud. Cirsocèle gauche, qui l'avait empêché d'entrer dans les contributions indirectes.

L'affection remonte à trois ans; mais depuis quelques mois, l'accroissement a été considérable. La tumeur a le volume d'un gros œuf, lorsque le malade s'est fatigué; gène et pesanteur.

Testicule sain, quoique L... dise avoir remarqué une diminution de volume.

Opération comme d'ordinaire. On constate le développement considérable de l'artère spermatique, qui offre les dimensions de l'artère radiale au poignet; deux veines de moyenne grosseur, qui étaient restées fort adhérentes au canal déférent, en ont été séparées avec quelques difficultés, sont isolées à part, au moyen d'un petit ruban particulier. La masse veineuse principale avait été soulevées avec le ruban ordinaire de caoutchouc; pour tout pansement une éponge humide est maintenue sur la plaie au moyen d'une compresse.

Le 14 novembre, rougeur du scrotum, engorgement inflammatoire du cordon vers l'anneau inguinal; un peu de douleur abdominale de ce même côté; température, 39°6 (8 sangsues sur le trajet inguinal).

19 novembre. — L'engorgement du cordon et la rougeur du scrotum ont diminué; pas de selle depuis le jour de l'opération (lavement avec de l'eau de savon, cataplasmes. Température le soir, 39°6).

16 novembre. — Pas d'évacuation d'urine, cependant la vessie ne paraît en contenir qu'assez peu; abattement, langue chargée, céphalalgie (limonade Roger, cataplasmes). Le malade urine spontanément dans l'après-midi.

19 novembre. — Suppuration de la plaie, un peu fétide : lavages avec la solution d'hyposulfite de soude; scrotum gonflé, mais pas de collection purulente.

Les jours suivants l'état fébrile augmente et la température s'élève d'abord à 40° puis le 25 novembre elle atteint 40°4, et jusqu'au 1er décembre elle se maintient à 39°4.

3 décembre. — Gonflement, rougeur moindres.

Le paquet variqueux est dur et oblitéré et recouvert de bourgeons charnus.

5 décembre. — Ouverture d'un abcès dans le trajet inguinal, drainage.

7 décembre. — Ouverture d'une autre petite collection purulente située plus bas.

11 décembre.— Le cordonnet mince formé par le paquet veineux est étreint avec un fil qui le divise presque complétement, et le lendemain on en achève la section sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang.

La plaie se rétrécit et tout se recouvre de bourgeons charnus. Le

testicule gauche, que L... disait avoir un peu perdu antérieurement de son volume, paraît maintenant un peu plus gros que le droit.

Nous ferons remarquer que l'élévation extraordinaire de la température, qui dépassa 40°, qui se montra du 24 au 29 novembre (13e au 18e jour de l'opération) ne répondait à aucun phénomène grave : à peine quelques légers frissons et un peu de soif; la langue n'était pas sèche, la face n'était pas altérée, le ventre était souple, affaissé et point douloureux; le pouls était fréquent (120 pulsations), et élevé, mais il n'était pas irrégulier : ces phénomènes étaient l'expression du simple développement d'un phlegmon et de la formation d'une collection purulente dans le trajet inguinal; son ouverture et l'écoulement d'un pus de bonne nature, amenèrent la défervescence, suivie de soulagement et d'amélioration très-rapides; suppuration phlegmoneuse.

Après les deux premiers cas d'isolement simple des veines saphènes (en 1852, l'un à la jambe, l'autre à la cuisse, et à partir de la première application de cette méthode à la cirsocèle), j'ai pratiqué dans une période de vingt années l'isolement simple, pour l'oblitération des varices des membres plus de 140 fois, et celui des veines du plexus pampimforme, 11 fois, dont la dernière est de 1874.

Parmi les faits relatifs aux varices des membres pelviens, je n'ai rapporté dans mon mémoire que (32e *Obs.*) celles qui pouvaient offrir quelque intérêt particulier. Ainsi, dans plusieurs cas l'isolement fut pratiqué, dans la même séance, sur la saphène interne et sur la saphène externe du même côté; dans d'autres, l'isolement porta sur la saphène interne d'un membre et sur la saphène externe de l'autre; parfois la saphène interne fut isolée à la cuisse et puis encore à la jambe du même côté, chez le même malade. Puis encore quelques-uns de ceux où la veine ne s'est pas rompue spontanément et est restée continue sous forme d'un cordonnet fibreux très-mince, ce qui s'observa un très-petit nombre de fois; soit encore quelques-uns de ceux où il est survenu le long de la veine une inflammation phlegmoneuse, généralement très-limitée, ou bien un peu d'érysipèle de la peau. Jamais nous n'avons vu de phlébite proprement dite; à moins qu'on ne veuille regarder comme telle l'inflammation qui s'est étendue le long du trajet des veines, mais toujours peu loin : dans tous les cas, s'il y a eu de la phlébite réelle, cela a toujours été une phlébite phlegmoneuse simple et oblitérative, dont l'oblitération constituait pour Tessier la terminaison nécessaire : jamais encore je n'ai vu de phlébite interne diffuse, ce point de départ le plus ordinaire des infections purulentes. Deux ou trois fois, nous avons eu des lymphangites, que l'application immédiate du vésicatoire sur tout le trajet des vaisseaux enflammés a toujours

arrêtées presque instantanément; du reste, pour le dire en passant, j'ai de même toujours également ainsi arrêté les phlébites traumatiques des veines superficielles par l'application du vésicatoire qui doit toujours s'étendre au delà des limites de l'inflammation veineuse ou lymphatique.

Voilà donc, je pense, solidement établies les bases de la méthode que je viens m'efforcer de faire accepter; mon expérience me la montre jusqu'à ce jour d'une innocuité parfaite, lorsqu'on la considère en elle-même et comme elle s'est offerte à moi dans tous les cas où je l'ai régulièrement et exactement accomplie. Ceci ne veut pas dire que la section de la peau, la dissection minutieuse des veines, et toutes actions des applications des circumfusa, aussi bien que des autres éléments de l'hygiène et toutes autres circonstances prévues ou imprévues ne puissent parfois s'accompagner d'accidents plus ou moins sérieux, érysipèle, lymphangites, gangrène, pourriture d'hôpital etc., accidents tant locaux que généraux. Ici et en quelque occasion que ce soit, l'opération que j'ai pratiquée déjà un bien grand nombre de fois, 11 fois pour des cirsocèles, par la méthode définitive de *l'isolement simple* du plexus pampiniforme et plus de 140 fois pour des varices des membres inférieurs, n'a jamais encore été suivie d'accidents funestes, lorsqu'elle a été accomplie comme elle doit l'être pour conserver toute sa valeur, c'est-à-dire, quand, pendant l'opération, l'intégrité des vaisseaux à isoler reste parfaite, qu'ils ne sont nullement blessés, ce qui est le point important et qui constitue le fond essentiel de la méthode.

Je dis cela, avec la plus profonde conviction mais je ne vous dois pas moins, et je dois à la vérité de dire : 3 de mes autres opérés de varices aux jambes sont morts; toutefois je me dois aussi à moi-même d'ajouter aussitôt, que chez tous les trois les choses se sont passées de telle sorte que l'isolement simple que je voulais pratiquer fut manqué et s'accompagna de blessures des veines, ce qui fut le point de départ des accidents mortels. Oui, la blessure des veines est le véritable danger, et la méthode que je viens préconiser, lorsqu'elle est bien exactement pratiquée sans faute et sans accident, en met complétement à l'abri, du moins jusqu'à ce jour; je me crois donc autorisé à dire: dans ces trois cas malheureux, ce n'est pas la méthode qui en est responsable, c'est le chirurgien, c'est moi; mais alors si l'on voulait m'en faire un trop grand crime, ne pourrais-je pas dire avec J.-C. quand on lui amena la femme adultère: *que celui qui est sans péché lui jette la première pierre !* et peut-être aussi lorsque vous connaîtrez tous les détails de ces accidents funestes, aurai-je quelque

droit à votre indulgence. Ces trois cas, je vous les communiquerai immédiatement.

Voici les trois cas malheureux dont je vous donne seulement le résumé utile :

a) Obs.—Ève V... femme de 68 ans, très-débilitée, entrée à l'hôpital de Strasbourg, le 10 mars 1865. En voulant isoler un paquet variqueux qu'elle portait au milieu du mollet droit, je déchirai une veine collatérale. L'écoulement du sang fut arrêté par une légère étreinte au-dessus et au-dessous de la blessure, au moyen de deux petits rubans de linge. Cette blessure vasculaire fut le point de départ des accidents graves qui amenèrent la mort.

b) Obs.—C'est en incisant la peau, dont je voulais agrandir l'ouverture, à l'angle inférieur, qu'ayant engagé ma sonde canelée entre la peau et la veine variqueuse, le bistouri glissé dans la canelure de la sonde vint piquer une ampoule variqueuse qui débordait le cul-de-sac de l'instrument et donna lieu à un abondant écoulement de sang qu'une compression suffisante fit cesser aussitôt. La piqûre de la veine n'en détermina pas moins une phlébite diffuse latente: des frissons survinrent, une infection purulente s'établit et le malade succomba.

c) Obs. — Charles M... terrassier (19 février 1873). L'isolement fut pratiqué au niveau du confluent de plusieurs veines se rendant dans la saphène interne, au-dessous de la tubérosité interne du tibia; une branche anastomotique venant des veines profondes à travers une ouverture de l'aponévrose d'enveloppe des muscles de la jambe, et se rendant aux veines superficielles, ce que je ne pouvais pas voir, fut déchirée par la sonde canelée introduite sous les veines que nous avions isolées et avec laquelle nous voulions élargir le passage; voyant cela, nous glissâmes rapidement le ruban de caoutchouc que cette fois, vu les circonstances, nous serrâmes légèrement pour suspendre l'écoulement de sang, ce que nous obtînmes par une bien légère constriction. L'opération avait été faite le 21 février, tout semblait marcher à satisfaction, la petite plaie de l'opération était en voie de guérison, mais on vit au-dessous de la peau une petite collection de pus qui pourtant se vidait facilement au dehors.

Le 11 mars (15 jours après l'opération). — Frissons répétés et de plus en plus intenses; accidents pulmonaires.

Le 13. — Abcès au niveau de l'épitrochlée droite, douleurs dans la poitrine, etc.

Le 14. — La jambe gauche est gonflée et douloureuse.

Le 18 mars. — Nouvel abcès sur le métacarpe près de l'articulation de l'annulaire. Enfin abcès au mollet, infection purulente latente. Le malade succombe.

Peut-on hésiter à admettre que de tels malheurs ne seraient point arrivés si nous n'avions pas eu les accidents si regrettables de la déchirure de la veine anastomotique, dans ce troisième cas, de la piqûre du vaisseau dans le deuxième et la déchirure d'une

collatérale affluente, dans le troisième? lorsque nous voyons qu'aucun malheur n'a été à regretter et que même aucuns graves accidents n'ont été observés dans plus de 150 cas où l'isolement des veines variqueuses a été exécuté sans accident ni faute opératoire et très-généralement d'une façon fort simple.

Serait-ce aller trop loin et ne serais-je plus dans le vrai, si je disais: Les trois faits malheureux dont je viens d'indiquer les circonstances essentielles, loin de compromettre la méthode que je viens préconiser, ou d'en réduire en quelque chose la valeur pratique, n'en démontrent-ils pas plutôt l'excellence, car ils nous apprennent que le danger des opérations pratiquées sur les veines et particulièrement sur les veines malades, variqueuses, réside tout particulièrement dans la blessure, dans la lésion traumatique de ces vaisseaux, où nous ne l'avons jamais vu survenir, dans le très-grand nombre de cas où les veines disséquées avec soin n'ont nullement été blessées; et c'est précisément en cela que consiste essentiellement toute la valeur de la méthode du simple isolement dont je viens de faire connaître les résultats.

L'oblitération des veines spermatiques peut-elle amener l'atrophie du testicule ? A cette question je répondrai péremptoirement par l'observation de M. C... (*obs.* IV, 1re catégorie), où le testicule gauche, atrophié par suite du développement de la maladie, et qui était réduit à la grosseur d'un haricot de petite dimension, reprit tout son volume après la complète guérison. J'ajoute que, dans les onze cas d'opérations par le simple isolement, nous n'avons jamais observé la moindre diminution dans le volume du testicule. Enfin, d'après les renseignements ultérieurs que j'ai pu réunir touchant les malades opérés, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique privée, chez tous, le testicule a conservé son volume normal, et ses fonctions de sécrétion sont restées normales ; plusieurs de mes opérés ont eu depuis lors un plus ou moins grand nombre d'enfants. Pour cela, je sais bien qu'un testicule suffit ; mais il vaut mieux que l'opéré les conserve tous les deux.

La circulation veineuse, quoique interrompue dans les veines spermatiques, n'en reprend pas moins son cours par les plexus veineux prostatiques, par les veines de la cloison, les veines honteuses internes et externes. D'une autre part, l'artère spermatique reste intacte, et avec elle les crémastérique et déférente continuent à nourrir le testicule.

On me demandera si les guérisons que j'ai obtenues ont été définitives ou seulement temporaires? Je puis répondre qu'elles ont été définitives et se sont parfaitement maintenues chez tous les opérés de cirsocèle, tant pour ceux de la première catégorie (isolement suivi de cautérisation), que pour ceux de la deuxième catégo-

rie (isolement simple), dont j'ai eu des nouvelles plus ou moins longtemps après leur guérison, soit 4 de la première catégorie et 8 de la deuxième catégorie.

Des sept autres je n'ai plus entendu parler, depuis qu'ils m'eurent quitté, 4 de la première catégorie, 3 de la deuxième. Ne serait-ce pas peut-être le cas de dire : Pas de nouvelles, bonnes nouvelles.

Les conditions anatomiques particulières aux cirsocèles militent en faveur de l'espoir que chez tous les guérisons se sont maintenues comme chez ceux qui m'en ont ultérieurement assuré.

Toutes les veines du plexus pampiniforme sont oblitérées définitivement, puisque le paquet est rompu ou parfois transformé en un cordon fibreux, solide et plein, et qu'il ne reste plus que des veinules, presque des capillaires pour reporter le sang du testicule dans les grosses veines du bassin, par l'intermédiaire du pelxus veineux prostatique, des veines de la cloison des bourses, des honteuses interne et externe: l'artère spermatique restée intacte et la crémastérique et la déférente continuent de nourrir le testicule, qui, dans les cas où il s'était atrophié, sans doute par la gêne extrême apportée à la circulation libre dans l'organe sécréteur du sperme et par le fait de l'état variqueux de ces veines, a pu reprendre son volume normal, par suite du rétablissement d'une circulation régulière.

Pour ce qui est des résultats définitifs et tout à fait éloignés des oblitérations des veines variqueuses des membres, je dois avouer d'abord qu'il ne m'a été donné de suivre ou de revoir au bout d'un long temps qu'un petit nombre des opérés; cependant, j'en ai revu plusieurs : je puis en compter une quinzaine seulement sur 140 ; chez aucun les veines oblitérées ne sont redevenues perméables dans leurs branches principales, où nous avions constaté la formation de coagulums après l'opération; dans cinq cas, de nouvelles varices s'étaient développées dans des branches collatérales, qui n'étaient nullement variqueuses au moment de mon opération.

D'autre fois, la saphène externe, qui n'était pas variqueuse lorsque j'avais oblitéré la saphène interne, l'était devenue ; je les oblitérai secondairement plus tard. Dernièrement, j'ai retrouvé dans une salle de la clinique chirurgicale de Nancy deux de mes anciens opérés de Strasbourg: sur l'un, la guérison parfaite se maintenait depuis plus de quatre ans; chez l'autre, l'ulcère dont il était autrefois porteur s'était rétabli, et son membre était couvert de varicosités, mais peu de varices à proprement parler.

Pour quelques autres que j'ai revus, de petits ulcères s'étaient produits après un certain temps et avaient remplacé, en quelque sorte, les vastes ulcérations qu'ils avaient eues : un autre,

enfin, avait été repris de son vaste ulcère ancien, qui semblait entretenu par de nouvelles varices.

Je terminerai ce travail par l'observation de ce cas tout à fait extraordinaire auquel je faisais allusion, quand je disais, en commençant, que« cette méthode a rempli, dans une circonstance extrêmement grave, et qui semblait devoir être le plus éloignée qu'on « puisse l'imaginer de son ressort d'action, des indications formelles « avec un succès complet et dont on n'aurait jamais pu, de prime » abord, apprécier l'efficacité.»

Obs. — Dans le courant de l'année 1865 ou 1866, je fus appelé par M. le docteur Roudolphi, mon ancien élève particulier dans le service de la clinique chirurgicale de Strasbourg et qui résidait alors à Benfeld, maintenant à Dornach, près de Mulhouse, pour voir un homme jeune, d'une trentaine d'années, qui dans quinze jours, et à huit jours d'intervalle, avait éprouvé trois fois les plus redoutables accidents d'asphyxie imminente, mais que des révulsifs puissants avaient heureusement dissipés chaque fois, lorsque l'on croyait déjà le malade perdu.

Dans l'intervalle de ces accidents et pendant cinq à six jours, chaque fois, le calme s'était aussi complétement rétabli que possible, après de tels dangers. Le docteur Roudolphi ne doutait pas que tous les phénomènes qu'il avait observés ne dussent être attribués à des ambolies parvenues daus les artères pulmonaires. Mais où était leur point de départ ?C'était la première grande difficulté à résoudre ; et puis, l'eût-on déterminé, qu'eût-on pu faire pour sauvegarder le malade ?

Quand tous ces détails me furent connus, j'arrivai à la même conviction que mon confrère ; c'était bien aussi pour moi, et à n'en pas douter, des accidents dus à des embolies pulmonaires qui avaient, à trois reprises, menacé l'existence de ce jeune homme. Après l'examen attentif et minutieux de la poitrine, le malade était alors parfaitement calme ; après l'examen du cœur et de toutes les branches artérielles accessibles au toucher et à l'auscultation, nous procédâmes à l'examen des veines du cou : tout était dans l'ordre ; nous ne voulûmes pourtant rien négliger dans cet examen et nous découvrîmes complétement le malade, que nous avions fait coucher sur son lit. Alors (et tout le monde partagera notre surprise) nous trouvâmes toutes les veines superficielles du membre inférieur gauche énormément dilatées et flexueuses, depuis les malléoles jusqu'au triangle de Scarpa, et jusqu'à l'abouchement de la saphène interne dans la crurale ; cette saphène avait la grosseur de mon pouce dans toute sa portion crurale ; en outre, il existait, à la partie interne inférieure de la cuisse, au-dessus du genou, un phlegmon aigu, de la grosseur d'une orange et qui certainement enveloppait la saphène. Tout dès lors nous fut connu et expliqué ; l'inflammation flegmoneuse avait déterminé, à diverses reprises la formation d'un coagulum entraîné par le *vis à tergo* de la circulation veineuse, et qui n'ayant pu être arrêté, dans sa marche, par les valvules, en raison surtout de l'énorme dilatation de la veine, jusqu'à son entrée dans la crurale, avait cheminé jusqu'au cœur, l'avait traversé

et avait enfin pénétré dans l'artère pulmonaire ; de là tous les accidents redoutables.

Quelle conduite avions-nous à tenir en face d'une situation pareille ? je n'hésitai pas un instant : il fallait oblitérer la veine saphène, au-dessus du phlegmon, par son complet isolement ; cela fut accepté et j'y procédai en isolant la saphène interne au milieu de la longueur de la cuisse, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. L'opération fut très-simple et rapide, malgré la crainte, trop bien fondée, de blesser le vaisseau ou de le voir se rompre sous nos yeux, dès qu'il fut découvert, tant sa paroi était mince : je ne saurais mieux la comparer qu'à la plus fine pellicule d'oignon ; je fus assez heureux pour éviter un tel malheur; pendant les quelques moments où la veine resta découverte, nous eûmes la grande satisfaction de voir sa paroi se rétracter, perdre sa redoutable transparence et le vaisseau diminuer de la moitié de son calibre; un ruban de linge large de deux travers de doigt fut passé sous le vaisseau isolé dans toute sa circonférence, un peu de charpie fut posée dessus et quelques tours de bande la maintinrent. Un cataplasme froid recouvrit le phlegmon et le plus complet repos fut recommandé au malade.

A la visite que je fis au malade , le cinquième jour après l'opération seulement, je fus offrayé quand on m'apprit que la veine s'était rompue depuis le matin et que le ruban de linge était tombé. Je ne pouvais guère croire qu'en si peu de temps les caillots oblitérateurs fussent assez solides et suffisamment retenus dans la veine pour nous donner toute sécurité. Le 7e jour, je revins : tout s'était bien passé, et la plaie était déjà très-avancée vers la cicatrisation. Enfin je revis l'opéré quinze jours après l'opération: la plaie de l'isolement était fermée, aucun accident local ni général n'était survenu ; le phlegmon avait suppuré ; nous l'ouvrîmes et nous trouvâmes des caillots sanguins mêlés au pus.

Trois mois après, quand je revins visiter ce jeune homme, il était parfaitement guéri ; les veines de tout le membre gauche étaient remplies de coagulums ; il montait à cheval et avait repris depuis longtemps ses travaux d'agriculteur.

Les réflexions que nous pourrions joindre ici paraîtraient certainement superflues.

Je ne saurais me dispenser, avant de finir, de satisfaire au désir que m'ont exprimé des personnes essentiellement compétentes, qui veulent que j'insiste sur ce fait important, mis en relief dans presque toutes les observations d'isolement des veines des membres inférieurs que renferme mon mémoire adressé à l'Institut, et dont, pour abréger, je n'ai donné ici que deux ou trois ; par suite on ne trouve pas assez mis en évidence le fait de la surprenante rapididité avec laquelle guérissent tous les ulcères et toutes les affections de la peau, du tissu cellulo-graisseux, et même du périoste, sur lesquelles la dilatation variqueuse exerçait une fâcheuse influence, soit en les aggravant, soit en les empêchant de guérir.

Je crois donc devoir le signaler ici d'une façon toute particulière.

P. Rigaud.

Séance du 2 juin 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques hebdomadaires, pour la France et l'étranger.

2° *Des paraplégies hyperémiques et ischémiques traitées par l'hydrothérapie*, par M. Paul Delmas.

M. Verneuil présente, au nom de M. Corradi, un mémoire imprimé en italien intitulé: *De l'ancienne autoplastie italienne.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. Desprès fait quelques réflexions sur la communication de M. Notta. Notre collègue propose, en présence d'une rupture souscutanée de l'urèthre, de faire d'emblée l'uréthrotomie externe. Je crains que M. Notta ne crée des cas exceptionnels. A la suite d'une contusion du périnée avec rupture de l'urèthre révélée par une uréthrorrhagie, ou bien la plaie est étroite ou bien elle est large. Si elle est étroite, on peut sonder le malade : ce sont les cas analogues à ceux qu'a signalés M. Le Fort ; si la plaie est large, au premier effort du malade pour uriner, il y a infiltration d'urine dans le foyer hémorrhagique, peu étendue d'abord, puis envahissante. Lorsque M. Notta nous dit de faire l'uréthrotomie externe d'emblée, cela revient à dire en réalité qu'il faut inciser un foyer sanguin où il y a infiltration d'urine, et cette pratique est celle que nous avons tous suivie, elle est rationnelle. J'ai vu dernièrement un enfant qui était tombé à cheval sur une barre de fer et qui, amené à l'hôpital deux heures après, ne pouvait uriner et avait une tumeur du périnée avec ecchymose. Une large incision a été faite d'emblée, la plaie a été pansée avec des cataplasmes. Elle est restée fistuleuse, puis s'est refermée et le malade a été traité pour le rétrécissement traumatique qui était la conséquence forcée de la plaie de l'urèthre et a guéri.

Cette pratique vaut, à mon sens, le passage immédiat de sondes dans la vessie, à travers la plaie du périnée, ce qui ajoute à l'in-

flammation et peut déterminer des orchites et même des cystites.

M. Tillaux. La communication de M. Notta a eu pour objet de fixer la thérapeutique applicable aux cas de rupture de l'urèthre, car les citations faites par notre collègue ont montré que les chirurgiens n'étaient nullement d'accord sur cette question. M. Notta veut que, en cas de rétention d'urine et après avoir essayé en vain de porter une sonde dans la vessie, quel que soit le degré d'infiltration, on incise immédiatement le périnée, pour donner issue au sang et à l'urine épanchés et permettre le cathétérisme. Qu'il y ait ou non infiltration d'urine, cette pratique est excellente quand l'urèthre est rompu et surtout quand ses deux bouts sont écartés l'un de l'autre, puisque la vessie ne peut se vider spontanément et que les accidents se développent inévitablement.

M. Desprès. Je ne dis pas qu'il faille attendre; je suis pour les incisions prématurées au périnée, parce que je dis que, s'il y a rupture de l'urèthre et s'il est impossible de passer une sonde, il y a, dès les premières heures après l'accident, une infiltration d'urine, et toute incision sur le périnée n'est en réalité que le traitement classique de l'infiltration d'urine.

Rapport.

M. Guéniot donne lecture du rapport suivant sur un travail de M. le Dr Boissarie, intitulé :

Du céphalotribe et de ses abus.

Messieurs,

Il y a neuf ans à pareille époque, dans un parallèle entre l'opération césarienne et la céphalotripsie, votre rapporteur disait de cette dernière: « Son domaine, déjà fort étendu, n'a cessé de s'agrandir encore, et le seul écueil qui semble pouvoir la menacer est un engoûment exagéré qui la conduirait à abuser de sa propre puissance. » Cette phrase, reproduite par M. Boissarie, pourrait en quelque sorte servir d'épigraphe au mémoire dont je viens vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Blot, de Saint-Germain et Guéniot, rapporteur.

L'auteur, qui pratique dans une région importante de la province, a été frappé, comme je l'avais été moi-même, de l'abus que l'on fait trop fréquemment du céphalotribe. Cet instrument, de nos jours assez répandu, n'est plus, en effet, dans nombre de cas, un instrument de réserve; c'est un second forceps, que l'on emploie

contre des difficultés parfois très-légères et à l'aide duquel on sacrifie l'existence de beaucoup d'enfants. Méconnaissant les règles d'une bonne manœuvre du forceps, on ne sait pas tirer de ce précieux instrument tous les avantages qu'il est susceptible de donner. Alors, après en avoir fait coup sur coup, et sans succès, plusieurs applications incorrectes, on se persuade que l'accouchement est impossible par les moyens ordinaires; puis, on se décide à perforer le crâne de l'enfant.

Certes, personne ne contestera que ce soit là une pratique profondément regrettable. Sa réalité, cependant, est telle que je viens de l'exposer. Combien de fois déjà n'avons-nous pas été mandé pour terminer, par la céphalotripsie, des accouchements dont la prétendue difficulté résidait, pensait-on, dans un rétrécissement du bassin! rétrécissement bien imaginaire, car il suffisait d'une simple application de forceps pour amener avec facilité l'enfant au dehors. L'insuccès des premières tentatives ne reconnaissait évidemment d'autre cause que l'inexpérience de l'opérateur. Heureux encore quand une sage prudence avait inspiré, à temps, l'idée de réclamer du secours! Dans d'autres cas, il existait bien réellement un obstacle à l'extraction, mais un de ces obstacles que l'on peut vaincre à l'aide du forceps, pourvu que les tractions soient bien dirigées, soutenues et plus ou moins énergiques.

Comme base de son travail, M. Boissarie relate quatre exemples de ce genre; j'aurai bientôt à vous les faire connaître par une brève analyse.

Vous le voyez, messieurs, le sujet du mémoire est bien déterminé : il s'agit des empiétements du céphalotribe sur le domaine du forceps. Sans doute, ces empiétements ne sont point prémédités; ils sont le résultat de l'erreur et de l'inexpérience, bien plutôt que la conséquence d'une théorie que l'on voudrait appliquer. Mais une telle pratique n'en est pas moins chose fâcheuse, et il importe, à mon avis, qu'elle soit hautement signalée, afin que les intéressés se mettent en état de la modifier.

Le premier fait que rapporte M. Boissarie est relatif à une jeune primipare de 19 ans, qui était en travail depuis deux jours. La tête du fœtus se trouvait arrêtée au détroit supérieur, « soit par son volume, soit par le gonflement des parties molles, soit par un léger rétrécissement du bassin, soit plus probablement, dit le narrateur, par toutes ces causes réunies. » Un médecin assisté d'une sage-femme avait déjà tenté sans résultat plusieurs applications de forceps; puis, désespérant de conduire l'accouchement à bonne fin, il s'était décidé à perforer le crâne. Mais cette mutilation n'avait pas rendu, entre ses mains, l'emploi du forceps plus fructueux, et c'est alors que, dépourvu de céphalotribe, il avait fait mander du

secours. A son arrivée, M. Boissarie, n'ayant lui-même à sa disposition qu'un forceps, dut recourir à cet instrument. Dès la seconde application, et grâce à des efforts énergiques qui étonnèrent le premier confrère, il parvint à effectuer l'extraction d'un enfant assez volumineux. La mère fut prise, trois heures après, d'une hémorrhagie très-grave; néanmoins, elle se rétablit assez promptement et, depuis lors, elle est accouchée trois fois avec une grande facilité.

Dans le second cas, il s'agit d'une primipare âgée de 30 ans et de petite taille, qui était en travail depuis 24 heures. Une sage-femme d'abord, puis un médecin avaient, à plusieurs reprises, vainement appliqué le forceps : la tête restait immobile au-dessus du détroit supérieur. M. Boissarie fut alors appelé pour pratiquer la céphalotripsie. Confiant dans le diagnostic de son confrère, qui affirmait que l'enfant avait cessé de vivre et que le bassin offrait un rétrécissement considérable, il perfora le crâne et, à l'aide du céphalotribe, entraîna au dehors, sans aucune difficulté, un enfant de moyen volume. Les suites de couches furent normales et la convalescence rapide. Une nouvelle grossesse étant survenue, cette femme, prétendue rachitique, accoucha d'un bel enfant avec la plus grande facilité.

La troisième observation concerne une femme de 25 ans, enceinte pour la 2e fois et qui était en travail depuis la veille. Quoique la dilatation fût complète depuis plusieurs heures, l'intensité soutenue des contractions utérines n'était point parvenue à faire progresser la tête du fœtus. Quatre applications de forceps ayant été successivement tentées sans résultat, les bruits du cœur cessèrent bientôt d'être perçus et la céphalotripsie fut dès lors décidée. On appela M. Boissarie pour la pratiquer. Mais, jugeant que l'insuccès des premiers opérateurs devait dépendre de la faiblesse de leurs tractions, notre confrère voulut faire une nouvelle tentative de délivrance avec le forceps. Alors, s'arc-boutant avec le pied contre le bord du lit, il employa toutes ses forces à tirer; la tête resta d'abord immobile, puis bientôt elle commença à descendre, et quelques instants après, l'accouchement était terminé. L'enfant, né vivant, succomba au bout de trois jours sans avoir voulu prendre le sein. Quant à la mère, elle se rétablit sans aucun accident.

Enfin, le quatrième cas est emprunté à une communication faite à la Société médicale de la Dordogne (séance du 3 décembre 1874) par un médecin du département. Ce confrère avait été récemment appelé près d'une femme en travail depuis la veille. Un premier médecin, venu avant lui, avait constaté que l'enfant se présentait par la face et que le front correspondait au centre du détroit supérieur. N'ayant pu terminer l'accouchement par le forceps, ce même

confrère avait pratiqué sur le front une large perforation. — C'est dans ces conditions que le médecin consultant (narrateur du fait), intervenant à son tour avec le forceps, parvint à extraire sans aucune difficulté un enfant qui vivait encore. Celui-ci, malgré la mutilation qu'il avait subie, prolongea son agonie pendant un quart d'heure.

Tels sont, messieurs, les faits que M. Boissarie apporte à l'appui de la thèse énoncée plus haut. Pour un sujet si grave, on peut trouver que le corps de preuves est assez modeste; néanmoins, tel qu'il est, il me paraît offrir une réelle valeur. Ce sont bien là, en effet, des observations photographiées sur nature, et qui reproduisent les indécisions, les lacunes et les erreurs d'une pratique obstétricale mal affermie. Quoique l'on ne puisse rigoureusement conclure, avec l'auteur du mémoire, que le bassin de telle ou telle femme n'est pas vicié, du moment qu'elle a pu accoucher spontanément avec facilité, cependant on ne saurait nier que le plus souvent cette prévision se trouve parfaitement fondée. A ce point de vue, l'intervention du céphalotribe ou, plus exactement, de la crâniotomie était donc, dans les cas relatés, chose bien inopportune; et l'on peut dire qu'elle a été réellement abusive chez les femmes des 2e et 4e observations.

Du reste, au lieu d'invoquer des probabilités, pourquoi notre confrère ne s'est-il pas assuré plus directement de l'existence d'une bonne ou d'une mauvaise conformation? L'introduction du doigt à la recherche de l'angle sacro-vertébral, et même au besoin de celle de la main, ne sont pas chose si difficile, lorsque déjà on est forcé d'y recourir pour diriger la cuiller du forceps ou du céphalotribe. Pourquoi surtout, chez la femme de la seconde observation, s'en être rapporté avec tant d'abnégation au diagnostic d'un premier confrère ? Puisque le « rétrécissement considérable, » qui décida de l'emploi du céphalotribe, était en réalité un rétrécissement de pure imagination, M. Boissarie n'aurait pas eu de peine à dissiper, sur ce chef, l'illusion de son confrère. En semblable circonstance, il est une règle de pratique dont on ne doit jamais se départir, c'est d'examiner à nouveau la patiente, autant que le comporte son état, afin de redresser, à l'occasion, une erreur précédemment commise. L'amour-propre d'un confrère ne doit jamais s'alarmer d'une telle précaution, car celle-ci est commandée par l'intérêt même de la malade.

Enfin, permettez-moi de vous signaler en passant deux points qui, pour être secondaires, n'en présentent pas moins une grande importance.

C'est d'abord l'emploi des tractions énergiques et soutenues, à l'aide desquelles M. Boissarie parvint, deux fois, à effectuer avec

le forceps l'extraction de l'enfant ; et cela, sans que la mère en éprouvât des suites compliquées.

C'est, en second lieu, le fait de la non-perception des bruits cardiaques du fœtus, alors que cependant celui-ci n'a pas cessé de vivre. La troisième observation du mémoire offre un exemple de ce genre. On croyait l'enfant mort ; son cœur paraissait avoir cessé de battre, et l'application du forceps le fit naître vivant ! De telles erreurs ne sont pas très-rares ; mais on semble ignorer qu'il en est ainsi. Pour ma part, je puis en citer, parmi plusieurs, un cas bien remarquable :

Il y a quelques années, sur l'invitation de notre collègue, M. Tarnier, nous nous trouvions réunis en certain nombre à la Maternité, pour une opération césarienne qui devait être pratiquée sur une femme rachitique. MM. Depaul, Blot et de Saint-Germain, qui étaient présents, se rappelleront peut-être ce que je vais dire. Avant de procéder à l'opération, on voulut s'assurer à nouveau de l'état de vie de l'enfant ; mais il fut impossible de retrouver les bruits qui, la veille encore, avaient été nettement perçus. L'exploration fut répétée à diverses reprises et par des personnes compétentes : toutes ne constatèrent que le silence. On crut, dès lors, que l'enfant était mort, et l'idée vint de se reporter vers la céphalotripsie. On discuta les chances de succès que pouvait donner cette opération ; mais l'extrême rétrécissement du bassin ne permettant d'autre intervention que la section césarienne, celle-ci fut, en définitive, mise à exécution. Quelles ne furent pas notre surprise et notre satisfaction à tous, quand, à peine sorti de ses enveloppes, l'enfant se mit à crier avec vigueur ! Sa vitalité, comme son développement, ne laissait, en effet, rien à désirer.

Messieurs, le mémoire de M. Boissarie ne se compose pas seulement d'observations cliniques. Outre les réflexions dont celles-ci sont accompagnées et qui généralement m'ont paru judicieuses, ce travail renferme encore l'indication du remède qu'il conviendrait d'opposer aux abus signalés. Sur ce point particulièrement délicat, l'auteur a su dire avec finesse tout ce qu'il pouvait dire. Rappelant, en quelques mots, l'abus souvent dénoncé que font de l'ergot de seigle la plupart des sages-femmes, il cite un passage du discours de M. Depaul sur cette question et, de même que notre éminent collègue, conclut en disant : « Plutôt que de proscrire l'emploi de l'ergot, il serait préférable d'insister sur la nécessité de donner aux sages-femmes une instruction plus complète et plus solide ; » de même, notre confrère de Sarlat laisse discrètement comprendre qu'on devrait exiger des jeunes médecins une connaissance plus approfondie de la manœuvre du forceps, en même temps qu'une circonspection plus grande dans l'emploi du céphalotribe. Pour ma

part, j'accepte pleinement cette déduction, que je considère comme parfaitement justifiée. Sans doute, la Société de chirurgie n'a pas à intervenir activement en cette matière; mais, grâce à la haute autorité dont elle jouit, elle peut, du moins moralement, exercer une heureuse influence sur la réalisation d'une telle réforme.

M. Boissarie remarque avec raison que généralement on ne publie pas les faits malheureux de la pratique. C'est, en effet, chose délicate de confesser des erreurs comme celles que nous ont révélées les observations de son mémoire; et, d'une autre part, les relations confraternelles ne permettent guère à celui qui les a redressées d'en livrer le secret au public. Nous devons donc savoir gré à notre confrère d'avoir choisi un tel sujet pour texte de son travail; d'autant qu'il a su le traiter avec convenance et sans faire aucune allusion qui puisse compromettre la réputation des confrères intéressés.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur pour son utile communication; 2° de déposer provisoirement son travail dans nos archives, en attendant sa publication prochaine dans un recueil médical; 3° enfin, d'inscrire à l'actif de M. Boissarie ce nouveau titre à nos suffrages pour les élections futures de membres correspondants.

Ces propositions sont votées par la Société.

Nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

Sont nommés au scrutin pour faire partie de cette commission : MM. Marjolin, Terrier, Panas.

Lecture.

M. Rigaud lit le travail suivant :

Simple note sur un ou deux points éminemment pratiques de l'opération de la hernie.

Messieurs,

La courte lecture que je viens vous faire n'est qu'un fragment du travail où j'ai entrepris de résumer les faits et les données que m'ont fournis d'assez nombreuses occasions de pratiquer l'opéra-

tion de la hernie étranglée. C'est dans la pratique de cette bienfaisante opération qu'on s'assure davantage chaque jour que l'exercice de l'art ne nous montre pas deux cas absolument semblables; ici, plus que partout ailleurs, il faut dire que chaque fait particulier est différent de tous les autres. Mais ce n'est pas ce point de vue que je veux considérer aujourd'hui; je veux, au contraire, établir un ou deux préceptes rigoureux, et toujours les mêmes qui vous paraîtront, comme à moi, je le pense, d'une utilité absolue et constante. Un des plus grands avantages qui viendra s'ajouter à l'objet essentiel de notre exposé, à savoir la sûreté et la sécurité parfaites de l'exécution d'une opération délicate et où l'imprévu doit toujours être prévu, c'est de simplifier une intervention chirurgicale dont on a cru pouvoir régler tous les pas, tous les mouvements sur des détails anatomiques auxquels on a attaché une valeur qu'ils n'ont pas dans cette circonstance particulière, du moins au degré que l'on a dit. Vouloir que le chirurgien ne divise, par chaque coup de son bistouri, que telle couche déterminée des enveloppes d'une hernie, exiger qu'il sache bien quelle est celle de ces couches qu'il va traverser ou qu'il a déjà traversée, c'est se faire une complète illusion, et je dirai que c'est un anatomiste pur, mais non pas un opérateur qui a pu croire et dire cela; c'est une vue de l'esprit, mais non pas un fait d'expérience pratique. Qu'il soit bon de connaître exactement où l'on est, sur quelle couche on est arrivé, ou celle qu'on a passée, ce serait certainement une belle et bonne chose. Malheureusement cela n'est guère possible; les divers éléments constitutifs des enveloppes d'une hernie se sont bien souvent, en quelque sorte, multipliés par le dédoublement de couches que l'anatomiste considère comme simples, mais que la présence même et le développement de la tumeur ont modifiées plus ou moins profondément. Sans doute, on pourra quelquefois reconnaître distinctement la tunique érythroïde, par exemple (je suppose une hernie inguinale), car les fibres charnues qui la constituent se sont hypertrophiées et ont ainsi revêtu le caractère bien plus prononcé des muscles de la vie animale. Mais où commencent et où finissent les deux tuniques fibreuses, superficielle et profonde, qui sont toujours doublées de couches celluleuses, épaissies et superposées, parfois au nombre de 4, 5 ou 6 lames distinctes? Le sac herniaire lui-même, de combien de feuillets, tant du fascia propre que du tissu lamineux, n'est-il pas souvent recouvert? et quelle épaisseur n'a-t-il pas souvent acquise? Les détails anatomiques ici ne vous serviront de rien, si ce n'est à ne vous point étonner de trouver les choses tout autres que vous auriez pu le croire.

Laissant donc de côté les nombreux et très-minutieux préceptes que l'on a donnés sur la marche à suivre pour mettre à découvert

un viscère hernié, une seule indication opératoire doit être formulée, c'est d'arriver sûrement sur l'organe déplacé sans le blesser en aucune manière. Peu nous importe de quelle façon on y procède, pourvu que l'objet essentiel de l'entreprise soit atteint sûrement. Plus on appproche de l'intestin, plus il faut redoubler de prudence; mais la prudence et le soin le plus attentifs pourraient bien parfois ne pas suffire, et voilà pourquoi il nous importerait tant de trouver un procédé certain d'y parvenir en toute sûreté. Eh bien ! ce procédé, le voici, tel que l'expérience et la pratique journalière me l'ont fait trouver. Toutefois, avant de l'exposer dans toute sa simplicité, qu'il me soit permis de commencer par quelques principes qui dirigent ma conduite dans l'opération de la kélotomie.

Sans vouloir trancher la question de l'emploi du chloroforme pour l'opération de la hernie, je me bornerai à dire que, pour mon compte, je crois préférable de ne pas en faire usage; l'anesthésie, avec les circonstances qui l'accompagnent, peut créer de sérieux embarras à l'opérateur et devenir une source de dangers et d'accidents redoutables. Durant la première période de l'inhalation du chloroforme, des efforts, des contractions plus ou moins violentes, des mouvements comme convulsifs ne peuvent pas toujours être prévenus, quel que soit le mode d'administration des vapeurs anesthésiques ; et, dans cette période que nous avons appelée convulsive, chacun comprend assez quels accidents peuvent s'ajouter à ceux qui existent déjà : la déchirure de l'intestin hernié, surtout si elle avait lieu à l'intérieur du ventre, n'est pas certainement une vaine appréhension. Notons, d'ailleurs, que le premier temps seul de l'opération, la section de la peau, est réellement fort douloureux ; mais il est si court, qu'il ne saurait suffisamment motiver l'anesthésie chloroformique. La division des couches sous-cutanées ne s'accompagne pas de souffrances bien vives, et tout malade qui n'est point par trop pusillanime et que soutient, d'ailleurs, l'assurance d'un soulagement immédiat et complet, les peut facilement supporter. Mais lorsque notre bistouri se trouve si près d'un organe qu'il y aurait un si grand danger à léser, quand le repos et l'immobilité les plus absolus de la part du malade sont d'une si haute importance : qu'un effort de vomissement, que produit assez souvent la chloroformation, que le réveil imprévu et incomplet fasse faire inopinément un mouvement inattendu à notre patient ; que celui-ci se retourne brusquement pour cracher, comme nous l'observons non rarement, à la suite de l'inspiration des vapeurs anesthésiques, combien alors le danger est grand de percer l'intestin ! Au contraire, vous savez tous que, lorsque vous opérez de hernie un malade qui n'a pas été endormi, il est généralement facile d'obtenir la plus parfaite immobilité; le patient le comprend et veut contribuer, au-

tant qu'il est en lui, à la bonne et sûre exécution de l'opération délicate dont il attend son salut.

Bien convaincu de l'avantage très-réel qu'il y a d'agir ainsi, j'ai dû néanmoins consentir, dans diverses occasions, à accéder au désir exprès des malades, que l'idée du couteau pénétrait d'un profond effroi; mais alors encore, après avoir profité de l'insensibilité obtenue par le chloroforme pour accomplir la division de la peau et des couches les plus superficielles, j'ai suspendu l'opération et j'ai attendu que les effets anesthésiques fussent complétement dissipés, pour aller plus loin et mettre l'intestin à découvert. Sans doute, il est encore un moment où l'action du bistouri provoque une assez vive douleur, c'est celui du débridement des ouvertures herniaires, surtout quand on agit, comme c'est le cas ordinaire, à l'intérieur du collet du sac. L'état local du péritoine, siége d'un degré variable d'inflammation, l'a rendu très-sensible; aussi le débridement est-il toujours douloureux et parfois à un très-haut point; mais c'est le dernier temps de l'opération, et d'ailleurs c'est aussi celui où il importe de n'agir que dans les limites restreintes de section où il convient de se renfermer. Quant à la rentrée des parties herniées, il est encore, à ce moment, d'une bien grande importance que le malade se laisse entièrement aller et ne réagisse pas contre les efforts ménagés et méthodiques de la réduction des viscères mis à nu. Ce relâchement serait parfaitement obtenu dans l'état d'anesthésie complète, et c'est alors que cette dernière aurait toute sa raison d'être; mais combien de fois n'aurait-il pas fallu renouveler les inspirations chloroformées, ou combien longtemps n'eût-il pas fallu entretenir l'anesthésie depuis le commencement de l'opération, à laquelle est particulièrement applicable le précepte de se hâter lentement, bien lentement; ce que rend mieux encore ce vieil adage : *Sat sitò, si sat benè.*

Après cette digression, venons aux deux points essentiels sur lesquels j'ai désiré appeler votre attention: 1° pénétrer sûrement le sac ; 2° reconnaître l'intestin.

Vous me dispenserez, messieurs, de rappeler ici la plupart des précautions minutieuses et de détailler les diverses manières dont tous les bons praticiens ont recommandé de s'y prendre, pour se mettre le plus possible à l'abri du danger d'attaquer les viscères herniés, pendant que l'on cherche à les mettre à découvert ; soulevez successivement, et quel qu'en soit le nombre, chaque feuillet membraneux avec des pinces, pratiquez une très-petite ouverture avec le bistouri que l'on fait agir en dédolant, glissez la sonde cannelée dans cette petite ouverture et fendez vers le haut et puis vers le bas, et divisez ainsi les lames membraneuses largement et dans toute l'étendue convenable pour vous mettre tout à fait à l'aise.

Malheureusement on n'est pas toujours sûr qu'en pinçant ainsi le feuillet que l'on veut diviser, on n'aura pas pincé l'intestin lui-même, car il n'est pas toujours facile de reconnaître celui-ci ; la présence de sérosité dans le sac n'a pas toujours pu vous faire savoir que vous y avez pénétré, car elle manque parfois totalement dans ce qu'on a nommé un *sac sec.* D'autres fois, des couches liquides s'étaient établies en dehors du sac lui-même ou dans l'épaisseur de son propre tissu. Ce dernier point, du reste, pourrait être fort controversé, pour le dire en passant ; mais, enfin, il n'en résulte pas moins que la présence de la couche liquide, pas plus que son absence, au point où l'on est parvenu, ne prouve pas d'une manière absolue que l'on est ou que l'on n'est pas encore dans la cavité séreuse, et pourtant c'est là ce qu'il faut absolument connaître. Que faire donc en présence de ces incertitudes et de ces dangers ? Le voici : dès qu'après avoir divisé un certain nombre de couches et aussitôt que vous jugerez que vous ne devez plus procéder avec la même confiance et en toute sécurité, déposez votre pince : le doigt indicateur et le pouce de la main gauche devront désormais vous en tenir lieu. Avec ces deux doigts bien essuyés, et au besoin recouverts d'une mince couche d'une poudre sèche, vous essayez, en frottant sur la face découverte et en exécutant le mouvement de rapprocher les deux doigts l'un de l'autre, de faire un léger pli à la lame membraneuse que vous touchez. Vous y réussirez à peu près toujours ; si ce n'est du premier coup, ce sera à la seconde ou à la troisième fois, si vous avez pris les soins convenables que nous vous avons indiqués tout à l'heure. Si alors vous sentez au-dessous de ce petit pli et de vos doigts une tumeur globuleuse, sur laquelle il vous sera toujours possible, quelque petite que soit la limite dans laquelle vous agirez, de faire glisser sur elle le petit pli que vous avez formé, n'hésitez point alors, vous êtes en dehors de la cavité du sac, ce n'est point l'intestin que vous avez pincé. Faites une petite ouverture sur un point du pli, tout contre et en quelque sorte entre la pulpe de vos doigts, soit avec des ciseaux mousses, ce que je préfère, soit avec un bistouri mousse aussi et dirigé presque à plat sur la petite surface que vous voulez attaquer, et glissez-y alors la sonde cannelée, sur laquelle le bistouri pourra largement diviser le mince tissu. Recommencez ainsi, aussi souvent que vous pourrez réussir à le faire, et ne vous arrêtez que lorsque, après avoir formé une dernière fois le petit pli dont il est question, vous ne sentirez plus au-dessous de vos doigts le globe des parties sous-jacentes, et qu'au lieu de lui vous pourrez reconnaître une sorte de vide, une sorte de gouttière formée par la lame elle-même que vous avez pliée. Oh ! n'allez pas plus loin ! Vous avez pincé la paroi de l'in-

testin et, sous le pli, c'est la cavité intestinale dont vous avez connaissance. En essayant encore d'imprimer à ce pli membraneux de petits mouvements de va-et-vient, vous entraînez dans ce mouvement la membrane et la cavité sous-jacente, vous ne faites plus glisser la lamelle doublée sur le globe placé au-dessous qui n'y est plus, comme vous l'aviez fait auparavant. Vous êtes donc arrêté ; examinez maintenant avec une attention minutieuse les parties sur lesquelles vous êtes arrivé ; voyez si le réseau vasculaire arborisé vous dénotera l'intestin, que vous rechercherez avec le plus grand soin au-dessous ou au milieu des autres parties qui peuvent se rencontrer avec lui dans la masse herniaire, faites tout ce que les bons praticiens vous conseillent de faire ; recherchez s'il existe ou s'il n'existe pas des adhérences, etc. Je ne veux pas avancer davantage dans ces détails ; ils sont consignés partout. Que nous reste-t-il donc à faire ensuite ? Il faut aller à la recherche de l'anneau à travers lequel les parties se sont échappées, et si vous en sentez distinctement le contour, glissez-y, mais en ne l'y enfonçant qu'avec précaution, et de bien peu, soit un stylet boutonné, soit le bout d'une sonde canelée à cul-de-sac, soit immédiatement le bouton du bistouri de Cooper, qu'il faudra toujours, en définitive, y engager ; alors débridez suivant tous les bons préceptes que nous possédons. Ceci fait, revenez encore une fois à la tumeur viscérale et essayez de nouveau de faire le pli de la membrane que vous avez sous les doigts : il arrivera plus d'une fois, comme cela m'est advenu dans quatre à cinq occasions, que vous pourrez le former facilement alors et le faire glisser sur la tumeur globuleuse sous-jacente, tandis que vous ne l'aviez pas pu tout à l'heure ; c'est que vous venez de débrider l'anneau en dehors du sac, et le relâchement que vous avez ainsi obtenu dans la tumeur, quelque faible qu'il soit peut-être, a suffi pour que vous ayez pu réussir à faire ce qu'auparavant vous n'avez pu réaliser. Allez donc plus loin maintenant ; divisez cette nouvelle couche, qui peut n'être pas la dernière, et vous parviendrez enfin dans la poche péritonéale. Fendez jusqu'à son collet et divisez celui-ci, car, pour peu que la hernie ne soit pas récente, vous ne réussirez pas souvent à réduire l'intestin et moins encore l'épiploon, sans cette dernière section. Permettez-moi d'ajouter, quoique je sache bien qu'il est superflu de vous le dire, que le sac devra toujours être retenu au dehors pendant la réduction des viscères ; après quoi vous ferez de ce sac ce que vous voudrez, suivant les circonstances ; je n'ai pas à vous exposer ici, pas plus qu'à discuter la question de la réduction de la hernie après la section seule des anneaux fibreux en dehors du sac et sans ouvrir celui-ci, comme le voulait Franco et comme J.-L. Petit s'efforça de le faire accepter de nouveau, comme, de

nos jours, M. Key l'a voulu rétablir, et comme enfin on vient récemment encore de tenter de la faire reprendre. J'ai moins encore à rappeler la dilatation immédiate des anneaux, suivant la méthode de Leblanc ou mieux de Thévenin, ainsi que la méthode de dilatation médiate et extra-cutanée ou sus-cutanée de M. Seutin.

Messieurs, je manquerais au premier de mes devoirs envers vous et je me manquerais à moi-même si je ne disais ici ce que nous devons répéter souvent, si ce n'est presque toujours quand nous pensons devoir appeler l'attention de nos confrères sur quelque point plus ou moins essentiel de la science ou de l'art: *nihil novum sub sole.* Lorsque nous croyons avoir découvert quelque chose de bon et d'utile, si nous cherchons bien, nous finissons par découvrir que d'autres avant nous l'avaient déjà vu, l'avaient déjà trouvé ; trop heureux alors que nous sommes, quand il nous reste encore le simple mérite d'avoir rappelé l'attention sur un fait oublié, si nous pouvons en relever l'importance en en faisant sentir toute la valeur et si nous y pouvons ajouter quelque chose du nôtre. Ceci s'applique parfaitement à l'objet de la présente communication ; car Ledran avait déjà conseillé de pincer le sac herniaire avec deux doigts et d'y faire, avec des ciseaux, une ouverture suffisante pour y engager la sonde cannelée et le diviser largement. Lawrence, dans son *Traité des hernies*, traduit par Béclard et J. Cloquet, s'exprime ainsi : « On peut faire l'ouverture du sac en le soulevant avec la pince et en divisant le sommet de la portion élevée avec le bistouri tenu horizontalement, ou bien *on peut pincer la membrane avec le pouce et l'indicateur et la rouler entre eux* pour s'assurer qu'aucune des parties déplacées n'y est contenue. » Ce dernier membre de la phrase montre que Lawrence n'a jamais fait ce qu'il conseille, car il est assez difficile de former un bien léger pli avec la lame séreuse du sac herniaire, pour qu'il soit tout à fait impossible de faire rouler les deux lames de la plicature l'une sur l'autre.

J'ai dit en débutant que je voulais indiquer deux points de détail pratiques de l'opération de la hernie et je n'en ai jusqu'à ce moment exposé qu'un seul. Voici le second et ce sera fort court : lorsque nous sommes arrivés avec toutes les précautions indiquées sur ce que nous pensons être la masse viscérale et essentiellement l'intestin, car c'est lui seul qui nous doit inspirer crainte, réserve et prudence redoublées, nous ne sommes pas totalement à bout de ressources pour éclairer la question délicate qu'il faut nécessairement résoudre d'une ou d'autre façon. Si l'aspect lisse et luisant de la surface viscérale, si l'injection arborisée ou la suffusion sanguine sous-séreuse de l'intestin nous font défaut, nous pouvons encore arriver à reconnaître l'anse intestinale par cette circonstance toute particulière que si nous avons touché involontairement ou si nous

avons intentionnellement excorié, par un léger grattage avec l'extrémité du bistouri mousse ou avec les mors de la pince, la lame séreuse infiniment mince qui entre dans la texture de l'intestin, de cette écorchure presque imperceptible, il sourd une nappe de sang d'une abondance considérable, relativement à cette sorte de piqûre superficielle. Oui, c'est bien, sans aucun doute alors, l'intestin que vous venez de toucher, car la couche musculaire propre de l'organe est la source d'une telle suffusion sanguine. Mais soyez sans inquiétude, si la lésion s'est bornée là, c'est sans le moindre danger, et ce n'est nullement là une contre-indication à réduire les parties dans le ventre. Ce que vous avez fait est bien moins encore que si vous aviez pénétré à travers la paroi viscérale avec une épingle à acupuncture, et pourtant vous connaissez l'innocuité presque absolue d'une telle action. Quand le fait que je viens de signaler s'est produit sous vos yeux, n'allez jamais plus loin; aucune considération ne devra pouvoir nous y décider; c'est sur l'état des anneaux, celui des collets et sur les ouvertures de tout genre, soit naturelles, soit accidentelles, à travers lesquelles l'intestin peut avoir passé et où il se trouve engagé, que nous devons porter toute notre attention. Je mets en dehors, c'est chose bien entendue, les divers cas d'altération profonde des parties herniées et spécialement l'intestin frappé de gangrène, qu'il convient alors de diviser plus ou moins largement et lorsqu'il faut établir soit une fistule stercorale, soit un anus contre nature.

Messieurs, je viens d'arrêter votre attention sur de bien minutieux détails de la pratique d'une opération journalière; mais c'est précisément par ce qu'une telle opération est fréquemment indiquée d'une manière impérieuse et souvent urgente, que j'ai cru bon de vous en entretenir; puissiez-vous ne pas trouver l'objet de trop mince valeur et ne pas regretter d'avoir consacré quelques moments à en écouter le simple exposé.

P. Rigaud.

M. Desprès fait observer qu'il est des hernies où l'on éprouve peu de difficulté pour reconnaître le sac, et que, d'autres fois, comme dans les hernies du cæcum, il n'existe point de sac. Enfin, dans les cas où des tentatives immodérées de réduction ont été faites, des hémorrhagies interstitielles rendent difficile la pratique indiquée par M. Rigaud. Lorsqu'on conserve des doutes, on pourra appliquer le conseil de M. Maisonneuve, consistant à continuer de diviser les feuillets membraneux qui se présentent aussi longtemps qu'on ne sera pas certain d'avoir divisé sur le sac.

M. Rigaud. Quand on est arrivé sur l'intestin, on ne sent plus sous les doigts, en pinçant les tissus, le globe formé par le canal

distendu, mais bien une simple rainure. Mais il n'est pas certain qu'on soit sur l'intestin, chaque fois qu'on éprouve cette dernière sensation; il m'est arrivé, après avoir simplement senti le pli, de retrouver de nouveau le globe sous-jacent après avoir débridé l'anneau.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 9 juin 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

M. Tillaux fait hommage à la Société du premier fascicule de son traité d'anatomie topographique.

M. Verneuil offre, au nom du Dr A. Corradi, un volume in-4°, intitulé : *Della chirurgia in Italia.*

Communication.

M. Guéniot donne lecture d'une note intitulée :

Sur l'emploi de la force mécanique dans les accouchements[1].

Dès l'antiquité, certaines opérations de chirurgie, qui réclament l'emploi de la force, furent exécutées avec l'aide des machines. A

[1] C'est une question encore aujourd'hui fort controversée que celle de savoir s'il convient d'appliquer des machines à la délivrance de la femme. Malgré les publications de Chassagny et de Joulin, qui ont été les premiers à préconiser cette innovation; malgré les essais tentés depuis, par MM. Tarnier, Hamon, Pros et Poullet, la méthode des tractions mécaniques n'a produit jusqu'ici qu'un bien faible retentissement dans la pratique. Le but de ce travail est de scruter à nouveau le sujet dans ses points essentiels. Voulant être concis, je négligerai à dessein la critique des opinions émises et des divers appareils proposés jusqu'à ce jour.

propos de la réduction des fractures, Hippocrate dit, en effet : « Si l'extension pratiquée par des aides est suffisante, il convient de s'y tenir ; car il serait absurde d'appliquer des machines sans aucune nécessité. Mais si les aides ne suffisent pas, il faut bien recourir à des moyens plus forts et choisir alors le plus convenable. » D'une autre part, on trouve dans Celse, au chapitre *de la luxation du fémur*, le passage suivant qui est des plus explicites :

« Quelques-uns ont prétendu que la cuisse, après sa réduction, se luxait toujours de nouveau... Mais Hippocrate, André, Nilée, Nymphodore, Protarchus, Héraclide et un certain fabricant qui fut célèbre en son genre, auraient-ils inventé tant de machines pour réduire la cuisse, si cette réduction eût été sans utilité ? » Puis, Celse recommande pour les cas difficiles l'usage, soit du levier, soit d'un banc spécial muni à chaque bout d'une sorte de treuil.

Plus près de nous, A. Paré, les deux Fabrice, J.-L. Petit et d'autres chirurgiens célèbres conseillent également, s'il en est besoin, de recourir aux machines.

C'est au dix-huitième siècle seulement qu'une autre doctrine parvint à s'affermir et à prévaloir sur l'ancienne. L'emploi de la force mécanique fut alors décrété dangereux et, comme tel, banni de la pratique des opérations. Cette révolution fut l'œuvre de l'Académie royale de chirurgie. Jusqu'à Boyer, qui se montre hostile aux machines — et même quelque temps après lui — on repousse ainsi le secours de cette force « aveugle et redoutable. »

Bientôt cependant, quelques chirurgiens déclarent qu'une telle proscription n'est pas justifiable ; ils s'appliquent à régler l'emploi de la force mécanique et à rendre celle-ci généralement moins dangereuse que les efforts manuels ; bref, l'opinion ancienne reprend faveur, et c'est elle qui, de nos jours, prédomine en définitive dans les esprits.

Si la chirurgie proprement dite retire souvent des avantages incontestables de l'usage des machines, est-on autorisé à conclure qu'il en serait de même pour la chirurgie obstétricale ? Et, dans le cas de négative, est-il possible de trouver à cette dernière une raison légitime de recourir aux tractions mécaniques ? Telle est la première question qui s'offre à notre examen et dont nous devons chercher d'abord la solution.

Dans la pratique chirurgicale, l'usage des machines se trouve exclusivement limité aux opérations qui intéressent le système osseux. Les luxations, les fractures, certaines difformités du squelette, représentent à peu près les seules affections dont la cure réclame parfois l'emploi de la force mécanique. Presque toujours, ces machines sont destinées à vaincre la contraction musculaire qui s'oppose à la réduction des os ; plus rarement elles ont pour objet

de déchirer les liens fibreux qui retiennent une articulation ankylosée ; exceptionnellement enfin, elles sont utilisées pour la rupture du col vicieux [1].

Dans la pratique obstétricale, les machines peuvent-elles recevoir une telle application ? Évidemment non ; abstraction faite, du moins, des divers cas où, l'enfant étant mort, l'accoucheur s'efforce de l'extraire par fragments à travers un bassin trop étroit. Mais toutes les fois qu'il s'agit de terminer l'accouchement sans compromettre d'une façon certaine l'existence du fœtus, ou, en d'autres termes, dans tous les cas qui relèvent du forceps combiné avec l'emploi de la force, l'énergie des tractions n'a jamais pour objet de vaincre la contraction musculaire, ni de rompre aucune attache fibreuse. Tout au contraire, la contraction utérine, comme celle de la paroi abdominale, vient en aide à l'opérateur, et d'ordinaire celui-ci s'applique à la favoriser plutôt qu'à la combattre. Ce qu'il pourrait s'efforcer d'obtenir par l'emploi des tractions mécaniques, ce serait une réduction lente des diamètres transverses au profit des diamètres longitudinaux de la tête fœtale ; quelquefois encore, ce serait une dépression du crâne contre l'angle sacro-vertébral, dépression qui, en diminuant d'une façon notable l'un des diamètres, supprime presque toujours l'excès des résistances et permet une facile terminaison de l'accouchement, sans causer nécessairement la mort du fœtus. Hors de là, les tractions mécaniques me paraîtraient être sans utilité.

En chirurgie, les parties soumises à l'action de la force sont généralement des organes peu susceptibles qui, sans de très-graves inconvénients, peuvent supporter de grandes pressions ; tels sont la peau, les muscles, les ligaments, les os et le tissu conjonctif des membres. En obstétricie, au contraire, il en est tout différemment. Ainsi, du côté de l'enfant, c'est la tête qui subit la pression, c'est-à-dire une partie qui renferme l'organe le plus important et le

[1] Je fais ici, bien entendu, abstraction des instruments ou appareils utilisés, dans nombre de cas, pour remplacer d'une façon permanente les efforts manuels du chirurgien ; tels sont les compresseurs artériels, les bandages herniaires, les redresseurs articulaires, les corsets métalliques, etc. En effet, ces diverses machines, toutes à pression continue, n'ont pas pour objet de développer une force supérieure à celle dont dispose la main de l'opérateur, ce qui établit entre elles et celles du premier type une différence capitale. Les premières sont de véritables *machines de renfort*, tandis que les secondes ne sont autres que des *machines de substitution*. L'utilité de celle-ci n'a jamais été contestée ; elles figurent comme élément indispensable parmi les ressources thérapeutiques que chaque jour le chirurgien met à profit. Nous devons donc les considérer comme étant ici hors de cause, et borner nos allusions aux seules machines qui peuvent déployer une force supérieure à celle de l'homme, en un mot à celles que je viens de nommer machines de renfort, et qui comprennent la moufle, le treuil, le cabestan, etc.

plus délicat de toute l'économie fœtale. Du côté de la mère, c'est le rectum et la vessie ; c'est aussi le vagin, le col de l'utérus et surtout le tissu conjonctif intra-pelvien, tous organes, plus ou moins faciles à léser et très-propres, dans l'état de couches, à réagir d'une manière pathologique.

Comme on le voit d'après ce court parallèle, les avantages que retire la chirurgie de l'usage des machines n'impliquent nullement que l'emploi de la force dans les accouchements serait suivi de bons résultats. Dans les deux cas, en effet, les conditions de l'intervention se trouvent être notablement différentes, et le but de l'opérateur n'est point non plus le même.

A défaut de la chirurgie, la pratique vétérinaire qui, dans les parturitions laborieuses, utilise les machines, ne pourrait-elle du moins justifier des tentatives analogues dans l'espèce humaine ? J'avoue que telle n'est pas mon opinion. Quoique ce soit à un rapprochement de ce genre qu'il faille rapporter l'idée de M. Chassagny, d'appliquer les tractions mécaniques à la délivrance de la femme, cependant trop de dissemblances séparent celle-ci de la femelle domestique pour permettre d'assimiler *à priori* les indications opératoires que l'une et l'autre sont susceptibles de présenter. En effet, dans l'espèce humaine, la configuration du bassin et l'aptitude inflammatoire des organes intra-pelviens, celle du péritoine surtout, de même que la conformation de la tête et le mode d'expulsion du fœtus, représentent des conditions fort différentes de celles qu'on rencontre dans les espèces animales. Une pratique utile pour la délivrance de nos femelles domestiques n'entraîne donc pas, pour la délivrance de la femme, des conséquences nécessairement aussi avantageuses.

A mon avis, l'emploi des machines en obstétricie ne peut reconnaître d'autre fondement ou de motif décisif que ce fait d'observation, à savoir : que des tractions manuelles, énergiques et prolongées, ont donné maintes fois des résultats heureux pour la mère et l'enfant ; et cela, dans des circonstances qui compromettaient gravement la vie de l'un et de l'autre. Pour ma part, j'ai été plus d'une fois témoin de ces solutions presque inespérées. Dans un cas où le diamètre sacro-pubien atteignait à peine sept centimètres et demi, il me suffit de dix minutes d'effort pour extraire, à l'aide du forceps, une petite fille de taille moyenne, dont le crâne avait subi contre le promontoire une forte dépression. Malgré l'énergie soutenue de mes tractions, la mère eut des suites de couches heureuses et, quatre ans plus tard, je trouvai sa petite fille bien développée, en même temps que douée de toute la vitalité désirable.

Si des tractions vigoureuses, exécutées à un ou à deux, sont capables de résoudre fructueusement de telles difficultés, on conçoit

sans peine qu'une machine simple et de facile emploi pourrait être avantageusement substituée aux efforts manuels de l'accoucheur. Tout en épargnant à celui-ci une grande dépense de forces, elle lui permettrait d'effectuer les tractions d'une manière plus régulière, mieux graduée et souvent plus conforme à l'indication qu'il s'agit de remplir. On sait, en effet — la preuve en serait ici superflue — que la vigueur des contractions musculaires engendre promptement la fatigue, et que l'effort d'un opérateur fatigué est nécessairement inégal, saccadé, sujet à de grandes oscillations. D'une autre part, il n'est pas moins certain que ces irrégularités dans les tractions, ces secousses, ces brusques oscillations provoquent parfois des accidents redoutables, soit chez la mère, soit chez l'enfant.

En principe, l'emploi de la force mécanique dans les accouchements a donc sa raison d'être et me paraît ainsi parfaitement justifiable.

D'après les considérations qui précèdent, on voit que cette conclusion repose tout entière sur la légitimité admise des *tractions forcées*. Mais, par cela même que celles-ci sont *forcées*, c'est-à-dire capables de vaincre des résistances inaccoutumées, on pressent assez qu'elles ne sauraient être toujours innocentes pour la mère et pour l'enfant. Aussi, convient-il de n'y recourir qu'à titre de moyen exceptionnel, et seulement dans les cas difficiles qui peuvent en requérir l'emploi.

Est-il besoin, d'ailleurs, de faire remarquer qu'une telle pratique se trouve en complète opposition avec la doctrine — de nos jours assez répandue — qui repousse toute intervention de la force dans les accouchements? En Angleterre, par exemple, où l'on sacrifie le fœtus avec un incroyable abandon, en dehors de toute viciation pelvienne et pour des difficultés de l'ordre le plus vulgaire, on comprend que l'indication d'user des machines à traction serait difficilement reconnue. Pour des raisons analogues l'emploi de la force mécanique dans les accouchements n'a provoqué jusqu'ici aucun écho en Allemagne. Mais revenons à notre sujet.

Puisque les machines, d'après nous, ne peuvent obtenir *droit d'usage* en obstétricie que pour les cas qui réclament l'intervention d'une force exceptionnelle, on devine aisément que nous en proscrivons l'emploi toutes les fois que la main de l'accoucheur, sans de grands efforts, suffit à opérer efficacement elle-même. Tels sont, à de rares exceptions près, les cas dans lesquels l'obstacle ne réside que dans les parties molles. Donc, à notre avis, les machines doivent être presque exclusivement réservées pour les cas de viciation du bassin ou d'excès de volume de la tête fœtale.

Cela étant, comme les rétrécissements pelviens ne présentent

en général qu'une faible étendue en hauteur (quelques centimètres à peine), on voit que si l'on applique la règle que nous venons de poser, c'est-à-dire si l'on restreint l'emploi des machines aux seuls cas qui requièrent l'action d'une force énergique, la nécessité de recourir à ces appareils ne se produira que dans une partie limitée de l'intervention opératoire. Par conséquent, les efforts manuels de l'accoucheur devront, presque toujours, à certain moment de l'extraction fœtale, se substituer à l'action des machines et compléter ainsi l'opération commencée par elles.

Ces données fondamentales seront, je pense, facilement admises comme exprimant les conditions d'une pratique rationnelle et prudente. Cependant, pour en fortifier la démonstration, qu'il me soit permis d'ajouter encore quelques mots.

Personne, assurément, ne contestera que la main de l'accoucheur et la force musculaire dont il dispose — toutes les fois qu'elles s'exercent d'une façon modérée — ne soient de beaucoup les meilleures ressources qu'il puisse mettre à profit. Elles constituent, en effet, le moyen d'action à la fois le plus précis, le plus sûr et le plus innocent, parce que l'opérateur a conscience de ses propres efforts et que, selon le besoin, il les augmente ou les diminue, les accélère ou les ralentit, en un mot les modifie à son gré aux divers temps de l'opération. Aussi, n'a-t-on jamais vu, que je sache, un chirurgien proposer de substituer à la main un appareil propre à mettre en jeu le bistouri ou la lancette. Mais il en est tout autrement pour les opérations qui nécessitent le déploiement d'une grande force; car alors, la fatigue qu'en éprouve le chirurgien lui fait perdre toute précision. Lorque le concours d'un ou de plusieurs aides se trouve être nécessaire, à plus forte raison l'opérateur devient-il incapable de diriger avec sûreté une telle association d'efforts, et c'est en pareille circonstance surtout qu'une machine bien appropriée peut offrir de réels avantages sur le procédé manuel.

La manœuvre du forceps, chacun le sait, réclame d'ordinaire plus de douceur que de force, mais aussi, quelquefois, autant de force que d'habileté. Dans le premier cas, recourir aux machines serait, sans aucun doute, compliquer à plaisir l'opération; mais, dans le second, l'emploi d'une machine trouve au contraire manifestement son indication. De tout ce qui précède, je me crois donc autorisé à déduire les deux conclusions suivantes :

1° La force mécanique peut-être légitimement appliquée aux accouchements toutes les fois que, par suite d'efforts exagérés, l'opérateur est exposé à perdre la pleine possession de ses mouvements;

2° A moins de vouloir abuser de cette utile ressource, là doit

s'arrêter l'intervention des machines ; et, presque toujours, à un certain moment de l'extraction fœtale, il sera indiqué de leur substituer la force manuelle pour compléter l'opération commencée par elles.

Reste maintenant à résoudre le problème de l'application, c'est-à-dire à déterminer les caractères que doit offrir l'appareil à traction, pour répondre le mieux aux exigences de la pratique. Cette étude, si vous me le permettez, fera l'objet d'une nouvelle et prochaine communication.

Discussion.

M. Blot. Tous les praticiens sont d'accord avec M. Guéniot quand il affirme que le meilleur instrument qu'on puisse employer, c'est la main du chirurgien. D'autre part, il est à remarquer que les inventeurs de toutes les machines destinées à remplacer la main sont d'ordinaire des hommes peu versés dans les études cliniques, et parfois peu familiarisés avec les notions de mécanique. La première condition d'une bonne application des forces en accouchement, c'est de savoir exactement apprécier les conditions dans lesquelles on se trouve. Il y a dix ans environ, je fus appelé à l'hôpital Lariboisière pour terminer un accouchement dans lequel les internes avaient épuisé leurs forces inutilement. Cherchant, avant tout, à me rendre compte de la nature des obstacles qui s'opposaient à l'extraction de la tête, je reconnus sans peine que ces obstacles ne consistaient, ni dans l'étroitesse du bassin, ni dans le volume exagéré du segment céphalique, mais bien dans le mode de présentation. Il s'agissait, en effet, d'une présentation de la face en position mento-postérieure, qu'il importait de modifier, en imprimant à la tête des mouvements analogues à ceux qui d'ordinaire ont lieu spontanément. Ces mouvements furent exécutés sans difficulté; le menton dégagé et la tête fléchie sur le ventre de la femme, l'extraction se fit sans effort, au grand étonnement des assistants. Or, il faut qu'on sache que ce qui s'est produit dans cette circonstance a lieu dans les quatre-vingt dix-neuf centièmes des cas où l'on a cru l'usage de la force nécessaire. Les seuls qui justifient cet usage sont ceux de disproportion entre la capacité du bassin et le volume des parties qui doivent le traverser. Mais si l'on considère que la seule force manuelle a suffi pour déterminer un enfoncement des os du crâne, on reconnaîtra que l'emploi des machines puissantes expose à de véritables dangers et l'enfant et la mère. Mieux vaut alors sacrifier résolûment le fœtus, qui, dans les neuf dixièmes des cas, a déjà cessé de vivre, et retirer ce corps étranger avec le moins de dommage possible pour la mère, comme on fait généralement en Angleterre. Les observations présentées

dans la dernière séance par notre confrère de la Gironde ne sont pas probantes ; on n'y trouve aucun détail sur les circonstances les plus essentielles, et rien ne prouve que l'adresse seule n'eût pas suffi et que les obstacles résidassent ailleurs que dans les parties molles. Même en chirurgie, où les machines sont employées pour régulariser l'application de la force, l'adresse et le raisonnement réussissent souvent là où la force aveugle avait échoué, dans la réduction de certaines luxations, par exemple. Cette proposition est plus vraie encore en accouchement. Je regrette que M. Guéniot se soit livré à des réflexions trop générales sur l'emploi de la force ; elles peuvent avoir des conséquences fâcheuses, en engageant à recourir à la violence quelques médecins peu rompus à la clinique.

M. Guéniot. Je reconnais que dans la grande majorité des cas, le diagnostic bien établi et le raisonnement permettront de mieux vaincre les difficultés. Mais il est des circonstances qui nécessitent quand même l'emploi de la force. Alors une machine bien réglée, munie d'un dynamomètre, me paraît plus avantageuse, plus sûre que les tractions manuelles, qui n'agissent souvent que par saccades et soubresauts ; nous ne sommes pas toujours maîtres, en effet, des efforts que nous faisons, et c'est ainsi que peuvent se produire divers accidents.

Quant au danger que trouve M. Blot à déclarer, en face des inventeurs, que les machines sont susceptibles d'une utile application, j'estime au contraire, même en l'absence d'observations pratiques, qu'il est important de connaître les raisons théoriques qui plaident en faveur des tractions mécaniques en accouchement.

M. Blot. Il faudrait, au contraire, procéder comme les chirurgiens, qui placent toujours les faits en avant de la théorie et ne bâtissent point des romans fondés sur de simples vues de l'esprit. Aucun de nos maîtres en obstétrique n'a inventé de machine, et c'est au début de leur pratique, alors que les connaissances cliniques leur faisaient défaut, que les inventeurs ont donné carrière à leur imagination.

M. Guéniot. L'usage des moufles est d'une utilité reconnue de tous les chirurgiens, depuis que Malgaigne et Sédillot ont réhabilité ces machines. Il ne faudrait pas, comme le fait M. Blot, condamner *à priori* toutes les tentatives mécaniques en obstétricie et décourager les jeunes expérimentateurs ; car, arrivé à un certain âge, on s'en tient à ce qui est acquis, sans rechercher le progrès.

M. Le Fort. Je suis absolument partisan des tractions mécaniques en chirurgie, et je crois qu'il y a exagération de la part de M. Blot quand il nie que ces tractions soient admissibles dans au-

cune circonstance. Lorsque, dans une réduction de luxation, il s'agit de vaincre la force musculaire, chez un individu puissamment musclé, il faut nécessairement lui opposer une force supérieure, qu'on empruntera de préférence à une machine ou à la bande de caoutchouc, à laquelle on adjoindra un dynamomètre, pour être certain qu'on ne dépassera pas une limite déterminée. Il est vrai que le chloroforme peut rendre le même service, mais son usage est dangereux dans la réduction des luxations de l'épaule, où il a produit un grand nombre d'accidents. Les forces mécaniques donnent plus de sécurité que celles des aides, dont la traction, en moyenne de 30 kilogrammes, peut monter dans un effort subit à 70 kilogrammes.

M. Blot. Les machines, même *ornées* d'un dynamomètre, n'auront jamais la valeur d'un instrument de précision, attendu qu'il faudrait, pour cela, pouvoir déterminer dans quelles limites les tractions doivent être faites. En se servant de ses mains, on s'applique à modérer ses efforts, on apprécie la résistance qui est à vaincre, on sent si cette résistance va céder ou non ; tandis que la machine est aveugle, tout éclairée qu'elle paraisse.

M. Le Fort. Dans la réduction d'une luxation, on peut, sans inconvénient, faire des tractions de 100 kilogrammes. Le dynamomètre seul peut indiquer si cette force est ou non atteinte.

M. Guéniot. Il est impossible de fixer le chiffre précis que doit atteindre la force mise en usage ; mais il convient de connaître celle que l'on applique. C'est ainsi qu'une traction de 50 kilogrammes pourra se faire sans inconvénients chez une femme, tandis qu'elle déterminera des accidents chez une autre ; cela dépend de l'état de la constitution et d'une foule de causes individuelles. D'une manière générale, cependant, des tractions de 40 à 60 kilogrammes n'exposent a aucun danger dans la grande majorité des cas. D'ailleurs, les tractions lentes et soutenues, si utiles en obstétrique, ne peuvent s'obtenir qu'à l'aide des machines, attendu qu'il suffit de quelques minutes pour épuiser les forces de l'accoucheur et de ses aides.

Présentation de pièces.

M. Desprès présente un œil sur lequel M. Panas avait pratiqué, treize mois auparavant, l'iridectomie et l'extraction du cristallin, pour remédier aux accidents du glaucôme. Un mois après l'opération, les douleurs, qui s'étaient d'abord calmées, revinrent tellement violentes que la malade se présenta à l'hôpital Cochin, au

commencement de cette année, pour qu'on lui pratiquât l'extirpation du globe oculaire.

L'examen de l'intérieur de l'œil montre qu'il existait de l'iritis plastique et un décollement de la rétine, et qu'un petit fragment du cristallin est resté appliqué sur la cristalloïde postérieure. L'extirpation a été faite suivant le procédé de Bonnet.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 16 juin 1875.

Présidence de M. Lé Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Larrey offre : 1° de la part du Dr Passot, *trois observations manuscrites d'accidents produits par la foudre* ; 2° de la part du Dr Jules Arnould, un mémoire imprimé : *Considérations sur le degré d'aptitude physique du recrutement de l'École spéciale militaire pour l'année* 1874-75.

M. Marjolin présente, de la part du Dr Fleury, de Clermont-Ferrand, une observation manuscrite intitulée : *Rétention d'urine provoquée par des tubercules cancéreux qui compriment le méat et le canal de l'urèthre, ponction vagino-vésicale, incontinence d'urine consécutive* (Commissaires : MM. Verneuil, Polaillon, Marjolin).

M. Sée présente, de la part du Dr F. Paquet, de Roubaix, deux observations manuscrites relatives, l'une, à un *chondrome péripelvien*, l'autre, à un *calcul du canal de Sténon*. M. Sée est chargé de faire un rapport verbal sur ces deux observations.

Rapports.

M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur un travail intitulé :

Faits de pratique chirurgicale, par le professeur Saxtorph, de Copenhague.

Messieurs,

M. le professeur Saxtorph, avec lequel je m'honore d'être en relations amicales et scientifiques, a bien voulu m'adresser une lettre chirurgicale dans laquelle sont relatés des faits d'un grand intérêt, et qui attesteraient à eux seuls, s'il en était besoin, le haut mérite et la vaste expérience de notre confrère.

Aussi modeste qu'éminent, M. Saxtorph se demande si ces documents sont dignes de vous être soumis et me fait juge. Je me prononce bien vite pour l'affirmative et considère comme une bonne fortune pour nous la collaboration d'un pareil auteur. Certes, je suis sûr que vous ratifierez mon jugement.

Les points que traite M. Saxtorph dans sa trop courte communication sont : le pansement antiseptique, les plaies articulaires, diverses amputations et résections et la trachéotomie.

Pansement des plaies. — M. Saxtorph, partisan convaincu du pansement antiseptique de Lister, l'emploie sur une large échelle et avec toutes les précautions indiquées par le chirurgien écossais. Ainsi, il agit dans le nuage de vapeurs phéniquées tant que dure l'opération; puis il fait le premier pansement avec l'huile phéniquée et la gaze antiseptique; pour les pansements consécutifs, mêmes précautions.

« C'est merveille de voir, dit M. Saxtorph, comment on peut faire toutes sortes d'opérations sur le tissu osseux, sans qu'il survienne jamais ni phlegmon diffus, ni ostéomyélite, ni accidents quelconques. »

Mêmes résultats pour les fractures compliquées, qu'on peut impunément surveiller, regarder, panser et toucher aussi souvent qu'on le croit nécessaire; presque jamais elles n'entraînent la mort, sauf naturellement dans les cas de délabrement excessif et de gangrène.

Plaies des articulations. — Il est surtout remarquable qu'on puisse ouvrir les articulations, le genou, par exemple, sans le moindre danger au milieu du nuage de vapeurs antiseptiques. « J'ai pratiqué huit fois l'extraction des corps mobiles par une incision ordinaire à ciel ouvert et les malades ont guéri sans arthrite purulente. Un seul cas fait exception, et précisément de façon à démontrer la valeur du précepte de Lister. Il s'agissait d'un jeune homme,

robuste du reste, atteint depuis longtemps d'un volumineux arthrophyte du genou. Je fis l'extraction comme d'habitude, et pendant les premiers jours tout se passa bien. Malheureusement, une nuit le pansement se déplaça et le lendemain matin je trouvai la plaie à découvert. Aussitôt se déclarèrent des symptômes d'infection purulente, qui entraînèrent rapidement la mort.

Les 7 autres cas furent heureux. Les corps étrangers siégeaient 5 fois au genou, 2 fois au coude; dans un cas il y avait deux corps de même dimension mesurant plus d'un pouce de diamètre.

L'opération fut laborieuse, car bien que l'incision eût été assez large, il fallut à plusieurs reprises introduire les pinces et même les doigts dans l'articulation, à cause de l'extrême mobilité des arthrophytes. Malgré ces difficultés, il n'y eut ni douleurs vives ni épanchement consécutif, et l'incision se cicatrisa par seconde intention, comme une plaie superficielle ordinaire.

Au reste, les plaies articulaires en général deviennent d'une innocuité parfaite quand on observe dans leur traitement les précautions nécessaires. Ainsi, M. Saxtorph a fait, en cas d'hydarthrose, plus de cent fois la ponction sans avoir perdu un seul malade. A la vérité, aussitôt après l'opération, il applique un bandage inamovible et n'a recours aux injections iodées qu'en cas d'arthrito-purulente. A propos de cette redoutable affection, notre confrère rapporte brièvement le fait suivant :

Un jeune homme de 20 ans, pris de pyohémie en ville, à la suite d'un panaris osseux, entre à l'hôpital. Il présentait une double arthrite purulente énorme des genoux et plusieurs abcès sous-cutanés en diverses régions du corps. Toutes les collections furent ouvertes et soumises au pansement antiseptique. Au bout de quelques mois, il marchait assez bien et finit par se rétablir, ne conservant qu'un peut de raideur dans les genoux.

Amputation. — Le pansement antiseptique a donné également d'assez bons résultats dans divers cas d'amputations. Sur 4 opérés de la cuisse 3 ont guéri. Il en a été de même d'un paysan qui, à la suite d'une congélation ancienne des deux pieds, avait conservé des moignons défectueux qui ne s'étaient jamais complétement cicatrisés et ne pouvaient supporter la pression. Les deux jambes furent successivement amputées au lieu d'élection ; les plaies suppurèrent fort peu et se cicatrisèrent rapidement. Le malade pouvait marcher avec lenteur *sans canne* dans les jardins de l'hôpital.

En revanche, deux désarticulations de la cuisse, les seules que M. Saxtorph ait faites ou dû faire, furent suivies de mort. A la vérité, elles furent pratiquées dans des circonstances très-défavorables et comme dernière ressource.

Dans un cas, il s'agissait d'un garçon de 15 ans portant sur le

même membre un double foyer d'ostéomyélite sur l'extrémité inférieure du tibia et sur l'extrémité supérieure du fémur.

On se décida à opérer, bien qu'il y eût un commencement d'empoisonnement septicémique, qui ne fut pas même entravé et qui amena la mort.

Dans le second cas, on avait affaire à un énorme ostéosarcome du fémur remontant jusqu'au quart supérieur de la cuisse. L'enfant, âgé de 10 ans, était anémié, extrêmement faible et miné par des douleurs insupportables. On ne constatait point d'adénopathie et rien ne faisait croire à une généralisation du cancer dans les viscères.

Les premiers jours qui suivirent l'opération se passèrent sans accident ; l'enfant semblait renaître ; elle mangeait et dormait bien; mais peu à peu elle retomba dans un état de faiblesse qui finit par l'emporter. A l'autopsie, on ne trouva pas de cancers internes, quelques caillots occupaient la veine crurale du côté opposé à l'opération. On remarquait surtout une anémie extrême de tous les organes et de tous les tissus.

Dans chaque cas, M. Saxtorph a employé un procédé différent. Dans le premier, il tailla par transfixion un lambeau antérieur assez long, puis, après avoir désarticulé, il fit un lambeau postérieur plus court. L'opération fut ainsi très-rapidement exécutée. La compression étant très-bien faite, on lia les vaisseaux nombreux du lambeau postérieur avant la crurale, de sorte que le patient perdit relativement peu de sang.

Dans le second cas, l'étendue de la lésion ne permettant plus de faire un lambeau antérieur suffisant, M. Saxtorph fit l'incision elliptique ou en raquette, en commençant à quelques centimètres au-dessus du grand trochanter. La peau, divisée sur toute la circonférence du membre, fut disséquée et relevée, puis le couteau alla directement à travers les muscles antérieurs jusqu'à la capsule. L'articulation ouverte, on termina en sectionnant les muscles en dedans et en arrière. Tout cela fut fait en fort peu de temps.

L'hémostase fut exécutée de la manière suivante : une bande élastique fut d'abord appliquée sur la fesse, puis un aide fit la compression sur le pubis ; enfin, dès que le membre fut tombé, on porta vivement dans la plaie une grosse éponge et enfin on pratiqua successivement les ligatures. La perte totale de sang fut minime.

L'auteur, comparant les deux méthodes, pense que l'elliptique, quoique un peu moins expéditive, est préférable parce que la coaptation des lambeaux est plus exacte.

Ablation totale du calcanéum. — M. Saxtorph a fait trois fois cette opération et la juge d'une manière défavorable. Les malades ont survécu, mais en gardant des fistules interminables; ils n'ont

jamais pu marcher sur le pied mutilé. Voici, à l'appui, un fait important à d'autres titres, car il offre l'exemple assez rare d'un sujet ayant subi quatre grandes opérations:

R..., 12 ans, typographe, entre à l'hôpital en février 1872, pour une affection du pied gauche datant d'une année et caractérisée, au début, par une tuméfaction située près du talon. Plusieurs incisions avaient été pratiquées par un médecin de la ville pour évacuer le pus. Plusieurs fistules sur les deux côtés du calcanéum, conduisant jusqu'à l'os dénudé, rugueux et carié.

Pendant deux mois environ, on essaya l'immobilisation, les cautérisations, etc., mais sans succès. Alors, le chloroforme étant administré et les fistules incisées, on trouva le calcanéum malade dans sa totalité, et on en fit l'extirpation. Les autres os du tarse parurent sains.

La grande cavité se combla peu à peu sans suppuration trop abondante, et lorsque celle-ci fut à peu près tarie, on appliqua un appareil inamovible pour maintenir le pied dans une position favorable. Du reste, la santé générale était devenue excellente et on s'applaudissait d'avoir mis en pratique cette opération conservatrice.

Cependant, sur ces entrefaites, se développait une ostéo-arthrite tarsienne du côté opposé qui, vainement et longtemps combattue par tous les moyens appropriés, s'aggrava à ce point que l'amputation parut nécessaire. En effet, la marche devenait impossible et sur ce pied malade et sur l'autre qui n'était pas encore consolidé.

La désarticulation du pied droit fut donc pratiquée en octobre 1872, par le procédé de Syme. Les suites furent des plus heureuses. Cinq semaines plus tard, le moignon, contenu dans une bottine, supportait le poids du corps, et comme le pied gauche s'était encore affermi, la marche pouvait s'exécuter à l'aide de deux cannes. Le succès de l'amputation droite ne s'est point démenti et le résultat est toujours resté excellent.

Il en fut autrement à gauche. De ce côté, le pied redevint douloureux et gonflé et resta tel pendant de longs mois. L'enfant demanda à rentrer dans sa famille avec un appareil inamovible, qui le soulageait sans le guérir.

Six mois plus tard, l'état ne s'étant pas modifié, il revint pour se faire amputer le membre gauche, tout à fait impropre à la marche. Toute la région du talon était criblée de fistules et remplie de fongosités; les autres os du tarse étaient altérés.

L'amputation fut faite également par le procédé de Syme; il n'y eut aucun accident consécutif et, dès le seizième jour, l'opéré commença à se lever, avec une plaie presque fermée. Cette fois on comptait bien sur une guérison définitive. Malheureusement le ge-

nou gauche fut à son tour envahi, de façon à rendre la marche impossible.

L'enfant quitta encore une fois l'hôpital avec un appareil inamovible, mais il y entra huit mois plus tard, réclamant avec instance l'amputation de la cuisse, car la tumeur blanche du genou avait fait de grands progrès et ne laissait aucun espoir de guérison. L'amputation fut faite à la partie inférieure de la cuisse, d'après le procédé de Teale, c'est-à-dire avec un grand lambeau carré antérieur retombant devant l'os pour rejoindre le petit lambeau postérieur.

Les suites furent très-simples; les pansements furent faits le 10e jour, puis le 21e, le 30e, et enfin le 37e pour la dernière fois. Dès le 13e jour, on permettait à l'enfant de se lever; lorsque la guérison fut complète, il put marcher facilement avec une jambe artificielle et deux cannes; la santé générale se rétablit complétement.

L'auteur fait remarquer que dans toutes ces amputations, la cicatrisation fut très-rapide, ce qu'il attribue surtout à l'emploi du pansement antiseptique.

Trachéotomie. — L'hiver dernier, M. Saxtorph eut l'occasion de pratiquer huit fois la trachéotomie, dont six fois pour diphthérite et deux fois pour des laryngites œdémateuses. Les six guérisons que M. Saxtorph obtint constituent assurément une assez belle proportion de succès, mais il ne nous dit pas quelle affection avaient les opérés qu'il a guéris.

La trachéotomie fut faite par le procédé classique et toujours d'urgence, car dans tous les cas il y avait mort imminente par asphyxie.

Le fait le plus remarquable est celui d'une petite fille de la campagne, apportée par son père d'une distance de trois heures et qui n'avait plus ni pouls ni respiration lorsque le chirurgien la vit. A l'instant même on ouvre la trachée avec un bistouri: l'enfant revient à elle, rejette un tube membraneux de trois centimètres de long, et retourna chez elle, quelques semaines après, parfaitement guérie. La canule avait été ôtée dès le sixième jour.

A la suite de ce rapport, M. Verneuil présente quelques considérations générales sur les méthodes de pansement et sur les résultats des opérations pratiquées sur des scrofuleux.

Discussion.

M. Marjolin. Tant que l'on n'aura pas fait cesser la cause, c'est-à-dire modifié complétement la constitution, on sera exposé à de nouvelles manifestations. Ou elles seront chirurgicales et auront pour siége tantôt le système ganglionnaire, tantôt le système

osseux et particulièrement les articulations, ou, au contraire, elles auront un caractère différent et alors on aura des affections portant sur les poumons, les intestins ou les méninges.

En un mot, sauf quelques cas, et ils ne sont pas aussi fréquents que l'on pourrait le croire, où l'on est forcé de recourir à une opération, la première indication est de chercher à modifier la constitution. Dans les premières années de ma pratique chez les enfants, j'étais beaucoup plus porté à amputer que dans les dernières années; mais lorsque j'ai pu évacuer un certain nombre de mes malades soit sur Forges, soit sur Berck, les résultats obtenus ont été tellement satisfaisants que je devins d'une réserve excessive dans les amputations et les résections.

J'avais vu revenir dans mon service des malades amputés soit par notre collègue Guersant, soit par moi, atteints de nouvelles affections chirurgicales; j'en avais vu finir leur existence dans les les services de médecine de mes collègues, de sorte qu'après dix-huit années de pratique, j'en suis arrivé à cette conclusion que ce qu'il y aurait de plus avantageux pour obtenir des guérisons réelles et durables, ce serait de les envoyer à la campagne ou à Berck le plus tôt possible, dès l'apparition des premiers symptômes des lésions scrofuleuses.

Il serait donc urgent d'augmenter le nombre des lits destinés à ce service. Malheureusement, il est impossible de savoir à quel chiffre il faudrait le porter. Dans quelques relevés que j'ai faits à ce sujet, j'ai constaté que parfois plus de 200 enfants attendaient leur placement, et quand enfin leur tour arrivait, la moitié environ n'était plus là pour répondre à l'appel.

M. Larrey. La communication de M. Verneuil et les remarques surtout qu'il y a jointes me paraissent mériter toute l'attention de la Société de chirurgie, en me fournissant, comme à M. Marjolin, l'occasion de dire quelques mots dans le même sens.

Je partage l'opinion de mes deux honorables collègues sur les funestes conséquences des amputations chez les jeunes sujets scrofuleux, si indiquées, si favorables même qu'elles paraissent d'abord ou d'après leurs résultats provisoires.

Il m'est permis d'en parler, non-seulement d'après la longue expérience de mon père et d'après la mienne elle-même, qui compte une quarantaine d'années soit de service, soit d'observation dans les hôpitaux militaires, où les affections strumeuses et particulièrement les tumeurs blanches des articulations sont plus fréquentes qu'on ne le croirait; mais j'y suis encore autorisé par la fréquentation assidue des hôpitaux civils, où j'allais habituellement, après

mon service, m'instruire à l'école des maîtres, tels que Dupuytren, Roux, Lisfane, Velpeau, M. J. Cloquet et bien d'autres.

Or, dès le début de mes études cliniques, j'ai été frappé des résultats, suivant que les jeunes sujets atteints d'arthropathies scrofuleuses étaient soumis ou non aux résections et aux amputations. Les opérés succombaient généralement tôt ou tard, ou bien, s'ils guérissaient une première fois, ils étaient menacées d'une seconde opération par la récidive du mal dans une articulation voisine ou éloignée.

Dupuytren, dont j'ai pu suivre les leçons pendant près de trois années, en était venu, dans les derniers temps de son immense pratique, à n'amputer les membres qu'avec crainte dans les cas de tumeurs blanches articulaires. Roux, toujours enclin à opérer, se montrait aussi assez réservé à cet égard. Lisfranc cherchait par d'autres moyens à éviter les amputations, et Velpeau, que j'avais pu voir, dans l'origine, partisan déclaré de toutes les opérations, en était arrivé à une prudente réserve vers la fin de sa carrière, comme plusieurs de nos collègues peuvent s'en souvenir. Mais bornons là des citations qu'il serait facile de multiplier

C'est pourquoi je me suis demandé de bonne heure s'il ne serait pas plus rationnel, au moyen de toutes les autres ressources de la thérapeutique chirurgicale, d'éviter, autant que possible, le sacrifice des membres, non-seulement dans les cas de tumeurs blanches, mais encore dans bien d'autres lésions, même traumatiques. De là m'est venue l'idée, vers 1840 [1], de préconiser les principes de la chirurgie que je croyais pouvoir appeler *conservatrice* (en empruntant ce terme au langage politique); et, en toute occasion, depuis, j'ai soutenu les avantages de cette pratique, souvent très-active, que par parenthèse, il ne faut pas confondre avec l'expectation.

« J'émettrai un vœu en terminant. Il serait à désirer que l'on pût fournir aux hôpitaux civils la précieuse ressource des établissements thermaux, dont sont dotés les hôpitaux militaires et où les malades, les blessés et amputés bénéficient, non-seulement de la spécificité des eaux, mais encore de l'éloignement des milieux malsains, de la locomotion au grand air et de la continuité des soins hospitaliers.

Il ne resterait plus, enfin, à attendre pour l'armée que l'emploi si efficace des bains de mer, dont nous demandons depuis longtemps l'application et dont les premiers essais prescrits par le ministre de la guerre sont déjà profitables aussi à la chirurgie conservatrice.

[1] Je suppléais alors, comme agrégé, M. le professeur J. Cloquet à la Clinique de la faculté.

M. Desprès. Il est impossible d'établir des règles uniformes pour le pansement des plaies, qui devra néeessairement varier suivant qu'il s'agit d'une plaie simple ou eompliquée d'une lésion des os ou des artieulations. De même, il ne faut pas faire de la septicémie la eause unique de tous les insueeès, attendu que des malades meurent par épuisement à la suite de longues suppurations, d'autres par angioleueite, ete.

En ee qui coneerne les serofuleux, il est certain qu'ils guérissent mieux des suites immédiates des opérations que les individus sains. Mais eette guérison n'empêehe nullement des lésions concomitantes, des tubercules par exemple, de suivre leur évolution et d'entraîner une terminaison fâcheuse.

Loin de trouver le nombre de lits des hôpitaux d'enfants trop restreint, M. Desprès estime qu'il est trop élevé et que la plupart des enfants qui entrent dans ces établissements, et dont les parents cherehent à se débarrasser, sont voués à la mort, paree qu'ils ne peuvent y être soignés comme ils le seraient dans leurs familles. Il voudrait que les secours à domieile fussent distribués de préférenee.

M. Marjolin. Malheureusement, et cela n'est que trop vrai, il y a des parents qui, pour se débarrasser de leurs enfants, les eonduisent à l'hôpital, comme il est vrai encore que d'autres les déposent aux tours, pour ne les réclamer que lorsqu'ils seront élevés; tout eela est triste à dire, mais e'est exaet. Quant à reconnaître avee M. Desprès qu'il serait préférable de soigner les enfants dans leurs familles, je ne puis admettre eette opinion, attendu que, la plupart du temps, les affections de ces enfants sont le résultat de la misère et de la négligence des parents, et que le plus habituellement, par des raisons qu'il serait trop long de développer, il y a impossibilité matérielle de leur donner aucun soin; aussi ai-je toujours soutenu, et je soutiens eneore, en m'appuyant sur des faits nombreux et bien observés, que le nombre des lits d'enfants est insuffisant à Paris, qu'il faudrait les augmenter et surtout en créer d'autres à la eampagne, et en même temps j'ai constamment demandé, ce qui fait défaut, la création de salles d'isolement pour prévenir, ehez les blessés, le développement d'affeetions eontagieuses, très-fréquentes dans l'enfance.

M. Verneuil. Il ne s'agit nullement de eréer un mode de pansement unique, applicable à toutes les plaies, mais une doctrine générale, vers laquelle convergent toutes les méthodes de traitement, malgré les différenees que peuvent présenter les plaies.

Les eonelusions du rapport sont adoptées.

2° M. Polaillon donne lecture du rapport suivant :

Rapport sur l'appareil obstétrical à tractions mobiles et continues de M. Pros (de la Rochelle).

Messieurs,

Je suis chargé, depuis le 11 novembre de l'année dernière, de vous présenter un rapport sur le travail de M. Pros (de La Rochelle), au sujet d'un *appareil obstétrical à tractions mobiles et continues.* Si j'ai différé jusqu'à ce jour la lecture de ce rapport, c'est que j'ai attendu quelques occasions favorables qui me permissent d'employer l'appareil présenté par M. Pros et d'en parler par expérience.

Vous vous souvenez, Messieurs, que cet appareil, figuré dans les bulletins de 1874, p. 616, se compose essentiellement d'un coussin quadrilatère, dur, dont les bords sont formés par un cadre de bois. On fixe ce coussin dans le siége de la femme en travail, à l'aide de deux bandes de laine qui, embrassant les cuisses de celle-ci, passent un peu en dehors des plis génito-cruraux. Sur le bord antérieur du coussin, au-dessous de l'orifice vulvaire, s'articule une tige de fer, longue de 80 centimètres environ, que l'on peut mouvoir à volonté dans le sens vertical. L'extrémité libre de cette tige porte une petite manivelle, qui fait tourner un axe sur lequel s'enroule une courroie destinée à s'accrocher sur les branches d'un forceps.

Il est facile de comprendre que les tractions s'exercent par l'intermédiaire de la courroie en faisant tourner la manivelle, que le point d'appui des tractions existe sur le coussin qui fait corps avec le bassin de la femme, et que la résistance réside vers la tête du fœtus que l'on a préalablement et méthodiquement saisie avec un forceps spécial. En plaçant un dynamomètre entre le forceps et la courroie, on peut mesurer exactement quelle est l'énergie de la force tractrice.

Le forceps de M. Pros, comme celui que Thénance avait imaginé au commencement de ce siècle, est un forceps dont les branches sont parallèles, au lieu d'être croisées, et dont l'articulation se fait à l'extrémité des manches. Les cuillers ont une courbure normale, mais elles ne sont que légèrement incurvées sur leurs bords, et tiennent le milieu, sous ce rapport, entre les cuillers des forceps complètement droits et celles des forceps ordinaires. A la réunion de la cuiller et du manche, existe une incurvation dont la concavité regarde en dehors, et qui permet, une fois que la cuiller a été portée au-dessus du détroit supérieur, de contourner ce détroit et de placer la cuiller directement en avant ou directement en arrière. Une vis de pression, située à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur des branches, permet de rapprocher les

cuillers et d'assurer la préhension de la partie fœtale. La longueur totale de l'instrument est de 38 centimètres, tandis que les forceps ordinaires mesurent de 45 à 48 centimètres. Ce défaut de longueur tient à la brièveté des manches, qui, à mon avis, n'offrent pas assez de prise pour le maniement facile de ce forceps.

M. Pros a divisé son travail en deux parties, l'une est consacrée à son appareil tracteur, l'autre au mode d'emploi du forceps particulier dont il se sert. Je vous rendrai successivement compte de ces deux parties.

Après avoir signalé les avantages des tractions mécaniques pour terminer certains accouchements, l'auteur établit, avec beaucoup de raison, que pour retirer de cette méthode de très-bons résultats, il faut que les tractions soient mobiles et dirigées, au gré de l'accoucheur, selon les axes des détroits et de l'excavation. Il pense avoir résolu ce problème en rendant mobiles sur le coussin, qui fait corps avec le bassin de la parturiante, la tige rigide et la courroie à l'aide desquelles s'exercent les tractions. En effet, en élevant plus ou moins cette tige dans le plan vertical, il dirige la force tractive d'abord dans le sens de l'axe du détroit supérieur, puis, à mesure que la tête s'avance, dans le sens de l'axe courbe de l'excavation et enfin dans le sens de l'axe du détroit inférieur. Et si l'opérateur le juge nécessaire, en même temps qu'il exerce les tractions, il peut porter, avec la main, le talon du forceps à droite ou à gauche, et imprimer ainsi à l'instrument des mouvements de latéralité. Dans ces conditions, je suis partisan des tractions mécaniques dont on doit, d'ailleurs, régler l'énergie avec un dynamomètre.

Mais, Messieurs, pour apprécier la valeur de l'appareil de M. Pros, il fallait l'employer dans un cas difficile. J'ai eu dernièrement une excellente occasion d'en faire usage. Il s'agissait d'une femme de 27 ans, grosse pour la quatrième fois, qui présentait au point de vue de la parturition de tristes antécédents. A son premier accouchement, qui eut lieu à terme, en 1869, M. Tarnier fut obligé de perforer le crâne du fœtus et de pratiquer la céphalotripsie. Devenue enceinte une seconde fois, en 1871, l'accouchement fut provoqué à huit mois; néanmoins une application de forceps fut nécessaire pour mettre au monde une fille qui a survécu. A la troisième grossesse, l'accouchement provoqué à huit mois et demi eut lieu, il est vrai, spontanément, mais le fœtus du sexe féminin était très-petit et ne put vivre. Justement préoccupée de l'issue de sa quatrième grossesse, cette femme entra à la Maternité, où je l'ai observée pendant deux mois. Elle avait un bassin étroit, dans lequel le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur mesurait environ 9 centimètres. Vers huit mois, j'essayai de provoquer l'accouche-

ment par l'introduction du ballon en caoutchouc au-dessus de l'orifice interne du col; mais cette opération, pratiquée trois fois, produisit chaque fois une hémorrhagie sérieuse, sans déterminer le travail. Dans la crainte d'avoir affaire à une insertion du placenta près du col, je crus prudent de renoncer au ballon pour provoquer l'accouchement. Après avoir employé sans succès les douches vaginales, je résolus d'attendre le terme de la grossesse, puisque, en définitive, cette femme avait pu accoucher spontanément au terme de sa grossesse précédente. Le 17 mai, le travail commença; mais après 17 heures de contractions énergiques et le col étant complètement dilaté, la tête était encore au-dessus du détroit supérieur en position occipito-iliaque gauche antérieure. La patiente était dans un état d'inquiétude et d'agitation extrêmes; sa peau était brûlante; son pouls rapide; ses forces s'épuisaient. Il était évident qu'il fallait terminer artificiellement l'accouchement. Après avoir endormi cette femme avec le chloroforme, j'introduisis, comme je l'aurais fait avec un forceps ordinaire, les deux branches du forceps de M. Pros; je plaçai les cuillers sur les bosses pariétales, j'articulai les manches et je serrai modérément la vis de pression pour assurer la prise du forceps. Cela fait, on glissa rapidement le coussin sous le siége de la femme et on boucla les bandes autour de la partie supérieure de ses cuisses écartées. J'accrochai alors l'extrémité de la courroie sur le talon du forceps, et j'exerçai progressivement les tractions en tournant la manivelle. La tête s'engagea dans le détroit supérieur. De nouvelles tractions la firent descendre dans l'excavation. En même temps on vit la tige de fer se relever avec les branches du forceps, et quand la tête fut à la vulve, cette tige occupait une position verticale, semblable à celle des manches du forceps dans le dernier temps de l'extraction. Les tractions durèrent 7 minutes. Elles furent énergiques, mais ne dépassèrent pas une force de 50 kilogr. Le résultat de l'opération fut très-heureux, puisqu'elle se termina, sans lésion du côté de la mère, par la naissance d'un enfant vivant du poids de 3,450 grammes. Au bout de dix jours la femme sortit de la Maternité emmenant son enfant bien portant.

Dans un autre cas, ayant appliqué le forceps ordinaire pour terminer l'accouchement chez une femme éclamptique, j'ai employé avec beaucoup de succès l'appareil de M. Pros pour exercer les tractions. J'avais accroché tout simplement la courroie au niveau de l'articulation du forceps.

En somme, l'appareil de M. Pros peut rendre des services importants. Il surpasse les appareils à tractions continues, inventés avant lui, en ce que le point d'appui des tractions est meilleur et que leur sens peut être facilement dirigé au gré de l'accoucheur. Ce-

pendant il est passible de quelques critiques de détail. Le volume du coussin et la longueur de la tige métallique qui prend sur lui un point d'appui rendent l'appareil peu portatif et nuiront à sa vulgarisation dans la pratique. Les bandes de laine qui maintiennent le bassin sont trop étroites, et par suite blessent les parties molles de la patiente. Il suffirait d'élargir ces bandes pour remédier à cet inconvénient. Enfin, reproche plus grave, la force de traction est appliquée non pas sur la tête à extraire, c'est-à-dire sur les cuillers du forceps, mais à l'extrémité des manches, loin de l'obstacle à vaincre.

Je passe maintenant, Messieurs, à la seconde partie du travail de M. Pros, partie qui est consacrée au mode d'emploi de son forceps.

L'auteur entre en matière en rappelant ce principe commun à toutes les applications de forceps, à savoir que la tête doit être saisie, autant que possible, par son diamètre bipariétal ou bitemporal; puis il donne les règles suivantes pour manœuvrer son instrument : « Dans les présentations du sommet, dit il, l'accoucheur ne pouvant appliquer, d'emblée, les cuillers du forceps aux extrémités du diamètre bipariétal, devra, saisissant l'une ou l'autre des branches, lui faire franchir, concavité de la cuiller en avant, le détroit supérieur en la glissant sur l'aileron du sacrum, à droite, si l'occiput regarde à droite, et à gauche dans le cas contraire; puis faire contourner à cette cuiller, d'abord la partie latérale de la tête de l'enfant, ensuite la postérieure pour arriver enfin à l'extrémité antérieure du diamètre bipariétal de cette même tête. La deuxième cuiller sera placée après la première et parallèlement à celle-ci sans difficulté. »

Cette règle ne concerne que les applications du forceps Pros dans les positions occipito-transversales ou occipito-postérieures, car dans les positions occipito-antérieures, droites ou gauches, on peut placer d'emblée les cuillers sur les basses pariétales, et par suite, se servir du forceps Pros comme du forceps ordinaire. C'est donc seulement dans les positions occipito-transversales et postérieures que nous avons à juger l'opération spéciale qui nous a été présentée.

S'il fallait apprécier la valeur de cette opération et du forceps qui sert à l'exécuter, seulement d'après des manœuvres faites sur le manequin, on serait tenté de porter un jugement très-favorable. Mais l'opération exécutée sur la femme en travail donne un résultat moins satisfaisant. Je m'en suis assuré dans les deux circonstances que voici :

Le 23 mai, je suis appelé à la Maternité pour terminer l'accouchement d'une femme primipare, en travail depuis 24 heures, et chez laquelle les contractions utérines avaient presque totalement

cessé. Il s'agissait d'une présentation du sommet dans la position occipito-iliaque gauche transversale. La tête était engagée dans la partie supérieure de l'excavation et le col complètement dilaté. J'introduis facilement au devant de l'aileron gauche du sacrum une des branches du forceps en question; puis, saisissant le manche de celle-ci avec la main gauche, en même temps que je dirige la cuiller avec les doigts de la main droite introduits dans le vagin, je contourne lentement l'occiput de manière à amener, non sans difficultés, cette même cuiller en avant, et à la placer sur la basse pariétale antérieure, sa concavité regardant en arrière et son bord concave étant dirigé vers l'occiput, comme le recommande M. Pros. Cela fait, j'introduis en arrière la seconde branche du forceps, dont j'ai besoin de régulariser la position pour articuler convenablement les branches; puis je serre la vis de pression. Toute cette manœuvre a été longue et pénible. L'extration de la tête se fit ensuite sans encombre par des tractions manuelles.

Le second cas dans lequel j'ai employé le forceps Pros fut franchement malheureux. Il s'agissait d'extraire un fœtus dont le cordon prolabé venait d'être réduit par madame Callé, sage-femme en chef de la Maternité. Le fœtus avait souffert de la compression du cordon et les battements du cœur étaient irréguliers. Le col de l'utérus était dilatable mais non complétement dilaté, et les contractions utérines étaient suspendues. La tête se présentait au niveau du détroit supérieur en position occipito-iliaque droite postérieure. Je glisse une des branches au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, et je me mets en devoir d'amener cette branche sur la bosse pariétale antérieure, en contournant l'occiput d'arrière en avant; mais cette manœuvre fut très-laborieuse. La branche postérieure ayant été conduite en arrière et à gauche, l'articulation des branches ne peut se faire qu'après plusieurs tâtonnements. Des tractions manuelles n'ayant pas réussi à engager la tête, je fis quelques tractions mécaniques; mais celles-ci n'ayant pas eu plus de succès, j'introduisis les doigts dans le vagin pour reconnaître l'obstacle. Je sentis alors une main au niveau de l'orifice du col, et je reconnus avec étonnement que le membre correspondant à cette main était serré entre la tête et la cuiller du forceps. Il me paraît évident qu'en exécutant le temps de l'opération qui consiste à contourner l'occiput pour placer la cuiller en avant, j'ai accroché un membre qui avait de la tendance à se relever sur les côtés de la tête; j'ai complété ce relèvement, et en articulant l'instrument, je l'ai saisi entre la tête et la cuiller. Là résidait l'obstacle aux tractions. Enlever le forceps Pros et réduire le membre prolabé avec la main fut l'affaire d'un instant. Je terminai ensuite l'accouchement par l'application du forceps ordinaire. L'enfant, mis au monde en état

d'asphyxie, n'a pu être ranimé. Mais la mère est sortie en bon état de santé au bout du séjour habituel que les accouchées font à la Maternité.

Enfin M. Pros avance que nul autre forceps mieux que le sien ne peut être appliqué sur la tête de l'enfant dont le corps seul a franchi la vulve. J'ai voulu encore me faire une opinion dans ce cas. Or je ne suis pas arrivé à placer les branches; mais j'ajoute que l'épreuve n'est pas concluante, parce qu'il s'agissait d'un bassin très-rétréci, qui n'avait que 6 centimètres 1/2 d'avant en arrière au détroit supérieur.

En résumé, Messieurs, je pense que le forceps de M. Pros est susceptible de donner de bons résultats dans les applications au-dessus du détroit supérieur, lorsqu'on peut placer d'emblée les cuillers sur les basses pariétales. Une fois que la tête a été bien saisie, il a l'avantage de pouvoir être dirigé de manière à ce que la concavité des cuillers regarde l'une en avant, l'autre en arrière, c'est-à-dire dans la position la plus favorable à l'engagement de la tête au détroit supérieur.

Mais lorsqu'on est obligé de faire subir à la cuiller antérieure ce mouvement de conversion que l'auteur a décrit, c'est un instrument infidèle et qui a produit entre mes mains un accident grave, le relèvement d'un bras.

Même dans le cas où le forceps de M. Pros peut être utile, c'est-à-dire dans les applications au-dessus du détroit supérieur, est-il préférable au forceps ordinaire ? Je n'hésite pas à répondre par la négative en me plaçant au point de vue de la pratique usuelle. En effet, les manches qui ont été raccourcis à dessein pour les adapter à l'appareil tracteur n'offrent pas assez de prise pour diriger commodément les cuillers, lorsqu'elles sont profondément introduites dans les organes génitaux; et, en second lieu, les branches coudées sur leur plat à l'origine des cuillers et presque droites sur leurs bords me paraissent nécessiter une dilatation très-complète du col utérin pour être appliquées méthodiquement. Néanmoins je reconnais que dans certains cas difficiles, où le forceps ordinaire ne réussit pas à engager la tête dans l'excavation légèrement rétrécie, le forceps de M. Pros rendra des services et qu'il doit trouver place dans l'arsenal de l'accoucheur.

Enfin, Messieurs, dans les applications au-dessous du détroit supérieur et à la vulve, le forceps de M. Pros ne me paraît avoir aucune supériorité sur le forceps ordinaire.

Mes conclusions seront de voter des remercîments à M. Pros pour sa communication et de déposer son travail aux archives.

Discussion.

M. Blot. Le forceps de M. Pros n'offre aucun avantage sur le forceps ordinaire, quand la tête est au détroit supérieur. Les branches sont trop courtes, et ne fournissent pas une prise suffisante; en outre, les cuillers, trop courtes également, s'appliquent moins solidement sur la tête et sont sujettes à glisser.

M. Polaillon. L'instrument étant presque droit, il a l'avantage de pouvoir se placer facilement d'avant en arrière, dans les cas où il est difficile de saisir la tête au détroit supérieur.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 23 juin 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine.

2° Une brochure : *Du traitement de la pierre, de la gravelle, de la goutte, du diabète*, etc., par le Dr J. Goux.

Le président annonce la perte regrettable que vieut de faire la Société dans la personne d'un de ses membres les plus actifs, M. Demarquay, et lève aussitôt la séance.

Le Secrétaire annuel,
M. Sée.

Mémoire.

De la forcipressure (4e article)

Par M. A. Verneuil.

De l'aplatissement des artères. — (*Suite*[1].)

Avant d'y procéder, je voudrais faire connaître les essais tentés parallèlement en Angleterre, en Allemagne, et surtout en Italie. Malheureusement cette revue sera incomplète, peut-être même inexacte parce que je n'ai pu consulter toutes les sources originales et que la forcipressure ayant été depuis longtemps condamnée à l'étranger comme en France, les auteurs modernes ne se sont point donné la peine de nous renseigner complétement.

En Allemagne, peu de chose : on étudie la ligature temporaire ; on imagine pour l'exécuter divers serre-nœuds plus ou moins semblables à ceux de Deschamps et de Desault ; mais on les applique rarement chez l'homme (Ayzer, Walter, Bujalski, Bruns). Il paraît qu'il existe une pince de Köhler analogue à celle d'Assalini, mais je ne la connais que par la simple mention qu'en fait M Adamkiewicz[2]. Ce dernier auteur rappelant la phrase de Malgaigne : « l'aplatissement est demeuré tout à fait oublié, » s'associe à ce jugement et regarde comme méritant condamnation « l'enveloppement des artères dans des lames de plomb, l'occlusion avec des anneaux du même métal, etc. Du reste il ne paraît guère connaître les travaux d'Assalini et des Italiens. »

En Angleterre même indifférence. A la requête d'Assalini, Travers fait sur les animaux et avec le presse-artère plusieurs expériences dont nous parlerons plus loin, mais il conclut à la supériorité de la ligature.

Hodgson cite dans une note Scarpa, Deschamps, Percy : « Tels sont, dit-il, les principaux instruments proposés pour déterminer l'adhérence des parois d'une artère ; ils sont en général écartés de la pratique des chirurgiens les plus expérimentés *de ce pays* qui, par raison et par expérience, préfèrent la ligature simple à tous les moyens mécaniques. Ils sont cependant encore en usage sur le continent. »

A la vérité Crampton imagine un presse-artère et s'en sert avec succès ; mais c'est une imitation de l'instrument de Deschamps.

Il en est tout autrement en Italie. Malgré la faveur dont jouissent naturellement dans ce pays les procédés de l'illustre Scarpa, pen-

[1] *Voir* pages 17, 108 et 273 de ce volume.

[2] *Archiv. de Langenbeck*, t. XIV, p. 467.

dant plus de vingt ans Assalini et quelques imitateurs pratiquent avec grand succès la forcipressure et publient d'assez nombreuses observations, dont quelques-unes sont fort concluantes.

Malgré cela, la dernière application sur l'homme de la pince d'Assalini semble avoir été faite en 1836, et de nos jours la forcipressure paraît tout à fait oubliée de l'autre côté des Alpes.

Les travaux de *l'École italienne* sur ce sujet sont si profondément ignorés en France et je pourrais même dire en Europe qu'il m'a semblé intéressant de les exhumer ou d'en donner au moins une analyse substantielle. Leur nombre et leur valeur me permettront d'ailleurs de porter un jugement plus sérieux sur la méthode en général.

Commençons par Assalini [1]. Ce chirurgien, dont les écrits dénotent l'ingéniosité et le sens pratique remarquables, avait suivi la pratique des grands maîtres français d'alors : Desault, Deschamps, A. Dubois ; il avait aussi beaucoup voyagé comme chirurgien attaché à nos armées.

Il avait *vu* pendant 30 ans traiter les anévrysmes et les plaies des grosses artères par les moyens les plus variés, et observé à la suite des différents procédés de ligature des accidents multiples : inflammation, gangrène, hémorrhagie, et des revers nombreux. Lui-même, en 1788, avait interposé entre le vaisseau et la ligature un bout de bougie et un petit rouleau de toile, et tout cela l'avait convaincu que la chirurgie, malgré ses progrès, ne possédait pas encore un procédé exempt de périls. C'est pourquoi il se mit en tête d'imaginer un moyen de rapprocher les parois artérielles sans les rompre et d'enlever à volonté l'agent compresseur quand on supposait obtenue l'occlusion du vaisseau.

C'est d'après ces principes qu'il fit construire sa pince compressive.

La date exacte de cette invention n'est pas facile à préciser. Assalini ne l'indique pas dans l'édition de 1819, et c'est seulement en 1824 qu'il affirme avoir fait construire son instrument dès 1808 par un fabricant d'instruments nommé Fiorini.

S'il en est ainsi, le chirurgien italien n'a imité ni Percy, ni Duret, (1810) et il est bien réellement l'inventeur du premier presse-artère en forme de pince. Cependant, quand on compare son instrument et son texte à l'instrument et au texte de Duret, on constate

[1] Il a consigné ses recherches dans diverses publications et en particulier dans la première édition de son *Manuel de chirurgie*, qui date de 1812. Je n'ai pu consulter que deux de ses ouvrages : 1° la quatrième édition du manuel, Naples, 1819 ; 2° *Descrizione ed uso dei nuovi instrumenti chirurgici*, Palerme, 1824. Il m'est donc impossible de suivre exactement le développement de ses idées.

facilement des airs de parenté et des réminiscences entre toutes ces choses.

Mais pour être juste, il faut ajouter que dès 1811, Gervasoni connaissait et appréciait la pince susdite, à ce point qu'il en conseilla formellement l'emploi à Monteggia qui, en effet, en fit l'application sur l'homme le 2 novembre de la même année dans le cas remarquable dont voici la relation.

Francesco Nicolini, 51 ans, maçon, avait depuis 4 mois un anévrysme poplité gauche plus gros qu'un œuf de dinde et battant fortemen . Monteggia mit en usage divers moyens y compris la compression avec le tourniquet exercée sur l'artère fémorale et qui ne fut pas supportée.

Cette circonstance et l'âge du malade rendaient incertain le succès de la ligature par les méthodes de Scarpa ou de Maunoir. Monteggia les avait employées plusieurs fois avec issue heureuse chez des sujets jeunes. Mais dans le cas présent, il craignait que la tunique interne de l'artère fût rigide, incapable d'adhérer, que les anastomoses fussent oblitérées ou peu extensibles, ce qui eût rendu la gangrène inévitable, et enfin que l'artère se rompît avant que ses parois fussent réunies. Sur ces entrefaites, le docteur Gervasoni, chirurgien en chef de la marine, fit ressortir les avantages de mon compresseur artériel, au moyen duquel on pouvait obtenir la réunion des parois des grosses artères sans danger d'hémorrhagie, et qui, au cas où surgiraient des accidents graves, permettrait de diminuer la compression et même de la supprimer tout à fait.

Monteggia se décida à appliquer l'istrument le 2 novembre 1811.

L'artère fut mise à nu au point indiqué par Scarpa et saisie entre les mors du compresseur. L'action seule du ressort suffit à mettre les parois en contact, et en explorant l'artère au-dessous de l'instrument et le sac lui-même, on ne perçut aucun battement.

La colonne sanguine arrêtée par le compresseur lui communiquait une oscillation sensible.

La plaie fut réunie par première intention ; la partie de l'instrument saillante en dehors fut entourée de charpie et de petites compresses maintenues en place et appliquées de manière à ne point toucher le compresseur.

Pendant l'opération le malade ne se plaignit pas et perdit à peine une once de sang. La journée et la nuit suivante furent tranquilles. Trente-six heures après, fièvre légère, pouls fréquent et dur, peau moite; le membre conservait sa chaleur normale et l'opéré n'éprouvait aucun malaise. La tumeur battait légèrement dans toute son étendue ; ces pulsations furent attribuées à l'action accrue des artères superficielles.

La nuit fût tranquille; le jour d'après, quelques sensations de froid au cou de pied.

La tumeur diminua d'un tiers et devint dépressible ; l'exploration n'y put découvrir aucun battement.

Soixante heures après l'occlusion complète du vaisseau, nous jugeâmes

que les parois adhéraient et qu'il était inutile et même nuisible de laisser l'instrument ; mais comme on ne connaissait pas alors la rapidité avec laquelle les artères s'oblitèrent quand leurs parois sont en contact, il fut convenu de supprimer la compression sans enlever le presse-artère, afin de pouvoir le faire agir encore en cas de besoin. On desserra la vis de rappel, et les mors dans le fond de la plaie furent écartés l'un de l'autre de 4 lignes.

Malgré la suppression de toute compression, aucun battement ne revint dans la tumeur. Le jour suivant le compresseur fut supprimé. La plaie était réunie dans toute son étendue, sauf dans le point occupé par les branches de l'instrument.

Le 7e et le 8e jour cet orifice donna issue à un peu de pus de bonne nature. On fit un pansement superficiel avec un onguent émollient.

Le 9e jour, tout allait de mieux en mieux; le malade remuait librement la jambe; la tumeur était réduite à un tiers de son volume.

Le 14e jour la plaie étant fermée, l'opéré put se lever; le 42e jour il put se présenter à notre salle de conférences de l'hôpital militaire.

2e Obs.— Le 26 juin, avec ce même instrument, Monteggia arrêta encore une forte hémorrhagie dans un cas de plaie grave par instrument tranchant. Le sabre avait intéressé le couturier et les extenseurs de la cuisse et rasé le fémur. L'hémorrhagie immédiate fut très-abondante et ne put être arrêtée par la compression. Monteggia prit le parti de découvrir l'artère fémorale et de la saisir avec mon compresseur. A peine celui-ci fut-il appliqué que les battements cessèrent dans l'artère au-dessous du point comprimé; le sang néanmoins continua à sortir pendant quelques instants, ce qui fit craindre la blessure de quelques rameaux de la fémorale profonde ; mais l'hémorrhagie cessa dès que les artères et veines musculaires se furent vidées.

Pour mieux assurer l'arrêt du sang on serra la vis de pression; mais comme au bout de 48 heures, aucune hémorrhagie n'était survenue, d'accord avec Monteggia, j'écartai les mors du compresseur de 4 lignes environ. Cela fut fait à 8 heures du matin. Quatre heures plus tard, le sang ne paraissant pas davantage, Monteggia enleva l'instrument et traita ensuite la plaie par les moyens ordinaires. Il est digne de remarque que ni pendant le séjour de l'instrument, ni après, le jeune et très-robuste blessé n'éprouva de malaise et n'accusa de symptôme quelconque attribuable à la compression de l'artère [1].

Après avoir rapporté ces deux observations, Assalini décrit la manière d'appliquer son instrument. L'artère fémorale étant découverte, on la saisit entre les mors, et la force quoique peu considérable du ressort suffit ordinairement, chez l'homme, pour mettre en contact les parois du vaisseau. Si cependant l'anévrysme battait encore, on serrerait peu à peu la vis, de façon à aplatir l'artère

[1] Assalini oublie de dire, en 1819, que le compresseur blessa la veine fémorale; il ne parle que plus tard de ce petit accident, que Monteggia signale dans son livre comme un inconvénient du procédé.

sans rompre les tuniques internes et sans s'exposer à ulcérer la tunique externe. La plaie est réunie par première intention au-dessus et au-dessous de la pince, qu'on assujettit convenablement; on complète le pansement en évitant avec soin les bandages circulaires qui gênent la circulation superficielle.

Dans la suite, si les battements reviennent dans la tumeur on serre davantage les mors pour effacer complétement la lumière du vaisseau, et on profite ainsi de son inflammation pour obtenir l'adhésion des parois. Quand on suppose cette adhésion obtenue, on desserre la vis, on écarte les mors de quelques lignes, mais on laisse encore l'instrument en place quelque temps, afin de le resserrer en cas de besoin. Enfin on l'enlève quelques heures après, si l'on ne voit revenir ni battement, ni hémorrhagie.

La pince retirée, la plaie étroite qui lui livrait passage se cicatrise promptement, ce qui s'explique, car elle n'a été ni tiraillée ni contuse comme cela arrive dans les procédés ordinaires où l'on isole l'artère avec les doigts, la sonde et l'aiguille pour passer la ligature au-dessous d'elle.

Dans les procédés ordinaires, le séjour dans la plaie de divers corps étrangers, des pièces de pansement et de la ligature qui y reste 8, 10, 15 jours et plus, provoque la suppuration, une inflammation phlegmoneuse et un mouvement fébrile qui, excitant l'action du cœur et des artères, ramènent des battements dans la tumeur.

Tant que la ligature n'est pas tombée, on reste dans l'inquiétude et on est conduit à laisser en place le tourniquet pour réprimer au besoin une hémorrhagie secondaire menaçante. Le presse-artère, au contraire, beaucoup moins irritant que les corps étrangers susdits, peut être supprimé de bonne heure ; on l'a laissé 60 heures chez Nicolini, moins longtemps chez le second malade. Tout porte à croire qu'il pourrait être supprimé au bout de 24 ou 36 heures.

Assalini énumère avec complaisance les avantages nombreux de son compresseur :

1° Il convient d'abord aux sujets âgés atteints d'anévrysme poplité et que les praticiens les plus éclairés s'accordent à regarder comme inopérables ; en effet, en cas de gangrène menaçante, le compresseur modérément serré peut laisser passer une certaine quantité de sang, pour donner aux vaisseaux anastomotiques et cutanés le temps de se dilater. Si malgré cette précaution le membre est menacé de mort, on enlève le compresseur et on reste maître de prendre plus tard le parti qu'on juge convenable.

(J'ai rapporté ce passage parce que tout récemment, la question des anévrysmes chez les vieillards a été soulevée ici même, par notre collègue M. Demarquay. Nous avons vu plus haut que Duret

avait également songé à faire une sorte de compression exploratrice en cas de gangrène menaçante.)

2° Il n'exige pas une incision de 4 pouces;

3° Il n'est pas exposé comme la ligature à se détacher ou à glisser sur les bouts artériels ;

4° Il peut, pour la carotide, remplacer la ligature graduée proposée par Rossi.

5° Il peut être porté sur l'iliaque externe avec sécurité et sans qu'on soit forcé d'aller à l'aveugle séparer le nerf et la veine de l'artère et passer l'aiguille au-dessous de cette dernière ;

6° En cas d'anévrysme de l'axillaire, on peut, avec le compresseur, saisir la sous-clavière sans intéresser ni le plexus brachial qui l'entoure, ni la veine. Tandis que par la méthode ordinaire le passage du fil autour de cette artère est si dangereux que Scarpa jugeait l'opération impraticable.

7° On peut également porter le presse-artère au-dessous de la clavicule et ne prendre que l'artère, et éviter ainsi la désarticulation du bras ; opération jugée autrefois indispensable dans les plaies de l'axillaire.

Assalini signale les modifications qu'a déjà subies son instrument; on a fait les mors en plomb et en ivoire, on les a recouverts de gomme élastique, etc. Il insiste beaucoup pour démontrer que son procédé remplit toutes les indications formulées par Scarpa dans le supplément ajouté au *Traité des anévrysmes* (1817); il invoque également les nombreuses expériences faites à l'école vétérinaire de Milan pour montrer avec quelle facilité on peut obtenir l'oblitération des plus grosses artères avec la seule pression, sans ulcération de la membrane fibreuse.

Enfin il cite le mémoire de Ristelhueber, mais toujours pour dire que son compresseur satisfait aux desiderata exprimés par le chirurgien de Strasbourg ; en revanche, il ne parle ni de Desault, ni de Percy et glisse beaucoup trop légèrement sur la thèse de Duret.

La première édition du *Manuel de Chirurgie* date de 1812. A cette époque les échanges scientifiques étaient rares entre les nations belligérantes, et d'autre part, sur le continent du moins, on n'était pas encore habitué à contrôler les méthodes chirurgicales à l'aide d'expériences sur les animaux.

Mais à la première éclaircie, Assalini va faire au loin sa propagande. Arrivé à Londres à la fin de 1814, il montre son instrument aux grands chirurgiens anglais de l'époque et raconte que Astley Cooper, à la Société royale de médecine, signala son procédé comme un des progrès les plus importants de l'art.

De son côté, B. Travers voulut bien faire des expériences avec le presse-artère pour en comparer les effets à ceux de la ligature.

Les résultats sont sommairement rapportés par Assalini lui-même, mais plus complétement exposés par Travers dans un mémoire publié en 1815 et dont j'extrais les conclusions suivantes :

1° Le compresseur, comme la ligature, produit l'oblitération d'une artère en provoquant l'inflammation de sa tunique interne.

2° L'action du compresseur diffère de celle de la ligature en ce qu'elle ne produit pas de lésion des tuniques internes et provoque l'inflammation sur une surface non-interrompue.

3° Le compresseur agit plus lentemeut que la ligature. Appliqué pendant 30 heures, il laisse une rougeur inflammatoire ou une couche de lymphe sur la tunique interne, tandis que la ligature, au bout de 20 heures seulement, a rempli le vaisseau d'une lymphe qui l'obstrue. En outre, le premier ne produit au bout de six heures aucun signe apparent du processus adhésif, si l'on examine l'état des choses 70 heures après, tandis que la seconde, dans les mêmes délais, a déterminé l'obstruction complète de l'artère.

4° Avec le compresseur, l'effusion de lymphe, au niveau de l'obstruction de l'artère, se fait en masse, dans toute l'étendue de la partie comprimée ; on voit là une profonde dépression des parois du vaisseau auxquelles la lymphe adhère solidement. La masse, moins solide au centre, y est mélangée de globules rouges de sang.

5° L'application du compresseur pendant 24 heures détermine le sphacèle de la tunique externe du vaisseau.

6° Le compresseur laissé sur l'artère se détache par sphacèle au bout de 4 jours environ. Les portions voisines du vaisseau, réunies préalablement par le processus adhésif, ont des extrémités coniques solides. L'effacement de la partie comprimée de l'artère est complet, et l'aspect est absolument le même que celui que produisent deux ligatures placées, à environ un 1/2 pouce l'une de l'autre, sur une portion d'artère denudée, et dont la partie intermédiaire a disparu.

7° L'organisation par vaisseaux sanguins, de la lymphe qui obstrue le tube, est distinctement visible une quinzaine de jours après l'application de la ligature et du compresseur [1].

Sans être défavorables au procédé italien, ces conclusions ne lui accordaient pas sur la ligature une supériorité capable de convertir les chirurgiens anglais ; les éloges mêmes d'Astley Cooper restèrent sans écho et je ne sache pas que la pince d'Assalini ait été une seule fois employée de l'autre côté du détroit.

En 1824, Assalini reprend sa plaidoirie et fournit de nouveaux arguments [2]. Dans les années précédentes, on avait beaucoup étu-

[1] *Medic. Chirurg. transact.* t. VI, p. 648, 1815.

[2] *Descrizione ed uso dei nuovi strumenti chirurgici*, Palerme, 1824,

dié les ligatures temporaires et amovibles, ainsi que les moyens d'oblitérer les artères sans les diviser. Assalini cite un certain nombre d'auteurs qui s'accordent à dire que, chez un sujet sain, 24 heures de compression immédiate exécutée par un procédé quelconque suffisent pour oblitérer les artères des membres. Naturellement, il affirme que son compresseur mieux que tout autre moyen réalise cet effet désirable.

Monteggia, en 1811, comme nous l'avons déjà vu, avait employé deux fois la pince en question avec succès. Cependant, dans ses *Institutions de chirurgie*, il lui reprochait d'avoir une fois blessé la veine fémorale et de se déplacer facilement. A la vérité, il disait qu'on pouvait remédier à ce dernier inconvénient en adoptant une modification instrumentale imaginée par Assalini lui-même, et qui consistait à passer sous l'artère un fil dont les deux chefs, traversant les mors de la pince, venaient se nouer sur l'extrémité libre de cette dernière.

Assalini convient d'abord qu'en effet, la veine a été lésée dans le cas déjà cité de plaie de la fémorale par un coup de sabre, mais il attribue l'accident non pas au poids trop grand de l'instrument, mais bien à la négligence de l'aide qui, pour empêcher le compresseur de se déplacer, avait serré le pansement outre mesure, de façon que les mors pressant contre la veine l'avaient ulcérée.

Il reconnaît également avoir ajouté un fil à un de ses instruments (modification fort analogue à celle que Ristelhueber avait déjà proposée), mais uniquement pour faire des expériences sur les animaux et prévenir les effets de leurs mouvements désordonnés. Il affirme que chez l'homme, il n'a jamais songé à passer ni fil ni lacet au-dessous de l'artère. Bien que le compresseur pèse peu et qu'on puisse le soutenir aisément avec un peu de linge et quelques compresses, il a cherché à le rendre encore plus léger, en le construisant non plus en acier et en argent, mais bien en bois, en ébène, en écaille et en corne; à peine alors pèse-t-il une demi-once.

En veine d'invention, Assalini, après avoir lu le mémoire de Jones qui recommandait, comme on le sait, les ligatures très-fines pour rompre linéairement les tuniques internes des artères, ne se décida pas à employer ce procédé, mais songea à modifier ses pinces.

Il remplaça les branches plates par deux branches métalliques prismatiques triangulaires s'affrontant par une de leurs arêtes vives. L'artère saisie entre ces deux arêtes étant ainsi comprimée linéairement, il alla jusqu'à proposer le procédé suivant :

t. I, p. 2. Dans une note de cet ouvrage, page 27, il est dit qu'Astley Cooper se demande, en rapportant son observation de ligature de l'aorte, s'il ne conviendrait pas en pareil cas de remplacer la ligature par la presse artère.

L'artère étant dénudée, on la saisit avec la pince prismatique dont on rapproche les branches; on répète la même manœuvre deux ou trois lignes plus bas. On trace ainsi sur le vaisseau deux sillons, puis, dans l'intervalle, on place et cette fois on laisse en place pendant 12 heures la pince plate ordinaire. Il n'est point dit que ce procédé ait été mis en usage sur le vivant; mais chez les animaux, sans doute, Assalini obtint la clôture solide et totale de l'artère grâce à l'effusion de la fibrine dans les points où agit le compresseur prismatique — en favorisant la coagulation du sang au-dessus et au-dessous du point comprimé par le presse-artère à branches plates — enfin, en excitant une irritation suffisante pour provoquer une inflammation adhésive régulière.

Assalini compare son nouvel instrument à l'entérotome de Dupuytren et le fait dessiner à la fin de son livre.

En dehors de cette partie instrumentale, le dernier écrit d'Assalini renferme des documents cliniques fort intéressants. Il y est dit d'abord que Gervasoni, de Venise a fait avec la pince quatre opérations d'anévrysme avec succès. Une seule est rapportée sommairement; c'est celle que subit le jeune Danielli, très-connu à Venise, et qui fut opéré d'un anévrysme poplité, en présence d'Aglieti, de de Marchi et d'autres médecins et chirurgiens de la ville. L'instrument fut enlevé 36 heures après son application; le malade, peu de semaines après, sortit à pied de sa maison sans éprouver la moindre gêne. Il en fut de même des autres opérés.

Nous avons dit qu'Assalini, pour diminuer le poids de sa pince, l'avait fait faire en écaille; or il raconte ingénument une mésaventure de son procédé attribuable à un tel instrument :

« Ma confiance était telle, qu'étant à Palerme en janvier 1823, je donnai un presse-artère d'écaille au professeur Manzella, qui l'expérimenta quelques jours après. » Voici la lettre qu'écrivit Manzella :

Le 3 février 1823, j'appliquai le presse-artère sur le tiers supérieur de l'artère crurale d'un homme robuste de 30 ans, affecté d'un anévrysme volumineux au tiers inférieur de la cuisse gauche. Au moment où cet instrument très-simple fut appliqué, le cours du sang fut interrompu dans l'artère. La pression des mors fut suffisante pour mettre en contact les parois internes du vaisseau sans qu'il fût nécessaire de faire usage de la vis. Pendant tout le jour et une grande partie de la nuit, tout marcha régulièrement; mais le lendemain matin, j'observai avec surprise que la tumeur battait, quoique l'instrument fût exactement dans la situation où je l'avais laissé la veille; je fis agir la vis, mais les pulsations continuèrent. Je résolus avec les consultants d'attendre jusqu'au lendemain ; mais les pulsations, au lieu de cesser, étaient devenues aussi fortes qu'avant l'opération; je me décidai alors

à examiner si la pince avait abandonné l'artère; je rouvris la plaie avec précaution et trouvai que les mors du compresseur étaient pliés en dehors, ce que tout le monde attribua au ramollissement de l'écaille par l'effet du calorique et des pulsations de l'artère. Si j'avais eu un autre instrument, je l'aurais immédiatement appliqué à la place du premier, mais étant pris à l'improviste, je liai l'artère dénudée comme je l'ai fait d'autres fois. J'affirme cependant que si je rencontre des cas semblables, je ne manquerai pas de faire usage du presse-artère.

A propos de cette observation, Assalini énonce les propositions suivantes :

1. Une compression minime fut suffisante pour mettre et pour maintenir en contact pendant 16 heures les parois de l'artère crurale d'un homme jeune et robuste.

2. Les presse-artère d'écaille et de corne sont exposés à se plier et ne suffisent pas pour obtenir l'oblitération définitive de la lumière de l'artère, parce que la chaleur du sang ramollit les branches qui plient avant l'achèvement du processus adhésif.

3. Les presse-artère d'ébène et d'ivoire ne pliant pas, peuvent servir à la cure des anévrysmes.

4. Les presse-artère de métal sont préférables, et par leur solidité et par leur action sur le processus inflammatoire et adhésif qu'ils excitent en peu de temps.

5. L'action des presse-artère métalliques appliqués sur les parois des artères pendant 36 heures n'en amène ni la rupture ni l'ulcération comme font toutes les ligatures.

L'observation suivante prouve que la pince peut servir dans les hémorrhagies des plaies récentes. Elle fut communiquée à Assalini par le Dr Francesco Paolo Cancer, de Potenza, dans une lettre du 23 mars 1823.

G. Delmonte, domestique, eut les artères radiale et cubitale coupées par un coup de faux; à l'instant même on employa tous les moyens habituels pour arrêter le sang, mais comme on ne put saisir les artères, l'hémorrhagie continua. Appelé au secours du malheureux, j'emportai avec moi les instruments si ingénieux du chevalier Assalini, savoir le tourniquet, le crochet double et le presse-artère gradué. Le blessé était couvert de sang; j'appliquai immédiatement le compresseur au bras et je cherchai à lier l'artère cubitale; mais elle était tellement profonde que je préférai faire usage du presse-artère que, je portai tout ouvert sur l'orifice de ce vaisseau; je desserrai alors le compresseur, et comme le sang ne jaillissait plus que par la seule artère radiale, je la saisis avec le crochet double, et je la liai avec la plus grande facilité.

L'hémorrhagie étant arrêtée, je rapprochai autant que possible les lèvres de la plaie, entourai de charpie le presse-artère, et maintins le

tout en place à l'aide d'une bandelette de cérat adhésif, puis j'appliquai un bandage convenable. Le compresseur tomba de lui-même le 3e jour et la ligature le 8e; depuis, la guérison marcha régulièrement.

Tel est le contingent considérable d'idées et de faits apporté par Assalini, qui n'a épargné certainement ni son temps ni sa peine pour détrôner la ligature ordinaire.

La forcipressure eut d'abord en Italie d'assez nombreux adhérents: je citerai par ordre chronologique Soleri (1814), Cumano (1817), Catanoso (1819), Brutti (1831 et 1836); Fracchia, cité par ce dernier, et peut-être d'autres encore [1].

J'ai le regret de ne pouvoir vous faire connaître tous ces travaux, n'ayant pu consulter qu'un petit nombre de sources originales. Du reste, s'il en est ainsi, la faute n'en est point à nos confrères italiens : car MM. Vanzetti et Corradi ont fait tous leurs efforts pour me fournir les matériaux qui me manquaient; je leur en témoigne ici toute ma reconnaissance. En attendant que l'histoire complète de la forcipressure en Italie soit écrite par un chirurgien de ce pays, je ferais connaître ce que j'en sais.

M. Corradi a bien voulu m'envoyer un extrait des actes du Congrès de Naples renfermant une communication de Chiari et la description de son *premi-arteria*, c'est le nom qu'il donne à cet instrument. Je ne puis décider, faute de planches, si celui-ci est un presse-artère véritable ou un simple serre-nœud artériel. Toujours est-il que Chiari pose en principe qu'il faut, après avoir découvert l'artère, la comprimer méthodiquement, doucement et pendant un temps très-court, en conservant intactes les tuniques et en la convertissant en un cordon imperméable et non interrompu. Le premi-artère obtient ce résultat en moins de deux jours, après quoi il est enlevé de la plaie; — il a été employé plusieurs fois avec succès sur le vivant.

D'après l'extrait donné par ce journal, l'instrument de Soleri appelé *diatlibe* présente une grande analogie avec celui d'Assalini.

[1] J'emprunte ces noms au bel ouvrage de M. Alfonso Corradi : *Della chirurgia in Italia dagli ultimi anni del seculo scorso fino al presente*, couronné en 1870 par la Société médico-chirurgicale de Bologne.

Il renvoie, page 147, à des brochures ou à des recueils dont voici les titres : Soleri, *Osservazione sopra l'amputazione coll, esposizione e la descrizione de un nuovo strumento utilissimo per arrestare l'emorragia dei grossi vasi*, Genova, 1814, et *Giornale della Societa medico-chirurgica di Parma*, 1814, vol. XIV, p. 63. — Catanoso, *Cenno di due operazione di grande interesse alla medicina operatoria*, Messina, 1844. (Le compresseur de Catanoso, inventé en 1819, est une tenette à ressort.) Rosario Gianfola, *Nuova machina per rendere facile et sicura l'operazione dell' anevrysma*, Napoli, 1826. Il faudrait peut-être y joindre : Chiari, *Archiv. di medicina et chirug.*, Napoli, 1828, I, 86; et *Atti di congresso di Napoli*, 1845.

Il se compose de deux plaques d'acier ou d'argent réunies en forme de charnière et maintenues rapprochées par des ressorts.

Une fois placé sur l'artère, il est abandonné à lui-même et se détache par la suppuration. Il n'a été employé que sur la carotide et la crurale du mouton et a parfaitement arrêté l'hémorrhagie.

La machine de Rosario Gianfola dont j'ai le dessin sous les yeux est un serre-nœud artériel et non point un presse-artère.

Voici maintenant les faits de Cumano et de Brutti.

Anévrysme poplité guéri par le compresseur d'Assalini.

par le Dr Paolo Cumano, de Trieste [1].

Le 23 juin 1817, en présence de plusieurs chirurgiens, j'opérai Giuseppe Zaiz, âgé de 38 ans, d'un vaste anévrysme poplité datant de quelques mois. L'artère mise à nu au tiers supérieur de la cuisse, j'appliquai le compresseur. Les pulsations cessèrent aussitôt dans la partie sous-jacente de l'artère et dans l'anévrysme, une sensation de froid et de pesanteur se manifesta dans tout le membre, mais cessa en moins d'une demi-heure. Au bout de deux heures, la température était égale des deux côtés. La tumeur devint très-molle et diminua sensiblement.

J'enlevai l'instrument le 4e jour. Les battements ne reparurent pas. Le sac, indolent, dépressible, était réduit à la moitié de son volume antérieur. Au bout d'un mois et demi, l'opéré put sortir et marcher en se servant de béquilles à cause de la faiblesse du membre, mais sans que le genou fût le moins du monde ankylosé. La tumeur à peine visible était perceptible au toucher sous forme d'un noyau indolent.

La guérison de la plaie fut un peu lente et dans les premiers jours se montrèrent des phénomènes particuliers.

Cumano promet à ce propos un travail spécial; il a voulu seulement prouver en quelques lignes qu'on peut en quatre jours, et peut-être moins, obtenir l'adhérence parfaite des parois artérielles; ce qu'avaient déjà démontré Assalini, avec son compresseur, et Paletta, avec la ligature de Scarpa enlevée au 4e jour.

Là-dessus, Cumano termine par une phrase qui cache sous sa concision un reproche à l'adresse de l'instrument : « Si, dit-il, le même résultat peut être obtenu par les deux moyens, on donnera certainement la préférence au fil sur l'instrument, à moins que ce dernier soit perfectionné de façon à ne plus avoir les inconvénients dont il n'a pas été exempt entre mes mains, malgré le succès de mon opération. »

A propos des inconvénients du compresseur, Cumano renvoie à Monteggia. Il eût mieux fait d'articuler lui-même ses griefs.

[1] *Annali univers.* d'Omodei, 1817, t. III, p. 308.

Anévrysme poplité diffus, très-volumineux, guéri par la machine compressive du prof. Assalini.

Par le Dr Francesco Brutti, de Crémone.

Merlini, sellier, 36 ans, robuste et bien portant jusqu'à l'âge de 18 ans, eut autrefois une maladie vénérienne qui fut longue à guérir; quelques excès de boisson, des contusions des membres par coups de pied de cheval, une fièvre inflammatoire violente à la suite d'un accident de voiture, tels sont ses antécédents pathologiques.

En octobre 1830, un matin, sans cause connue, Merlini constate un gonflement très-prononcé du jarret gauche avec pulsations, chaleur et légère douleur locales avec irradiation au côté externe du membre. Il s'occupe cependant de ses affaires, n'attachant pas d'importance à son mal.

Mais le gonflement fit des progrès rapides. Un médecin consultó fit appliquer un grand nombre de sangsues et des cataplasmes. Appelé à mon tour, je reconnus un anévrysme et conseillai l'opération.

La tumeur occupait tout le creux poplité et se prolongeait le long de l'artère fémorale au tiers inférieur de la cuisse. La circonférence du genou sain mesurait 11 pouces 2 lignes; celle du côté malade, 16 pouces 10 lignes. Le membre presque tout entier était gonflé; la marche était très-difficile. Cet état s'était produit en moins de 40 jours sans la moindre violence extérieure.

Opération le 6 novembre 1830. L'artère fut facilement découverte et isolée du nerf et de la veine. Ayant passé au-dessous une aiguille courbe, je la soulevai un peu, montrai aux assistants qu'elle était saine et appliquai le compresseur dont je laissai les branches se rapprocher. Les battements cessèrent aussitôt dans la tumeur, qui diminua peu de volume, et les spasmes douloureux disparurent.

Avant de retirer l'aiguille, je passai à son aide un lacet que par précaution je plaçai au-dessous du compresseur, puis je fis le pansement. La plaie fut réunie avec des bandelettes agglutinatives. Des vases d'eau chaude furent appliqués le long du membre.

Premier jour. Cessation des douleurs; diminution de la chaleur dans tout le membre. Le soir, un peu de fièvre qui augmenta le second jour.

2e jour. — Quelques sensations douloureuses errantes et passagères dans le membre. Diminution à peine sensible de la tumeur.

3e jour. — Douleurs vers le genou et élancements dans le sac, pesanteur dans le membre. Nul retour des battements. Fièvre légère. Insomnie.

Le 4e jour, tous ces symptômes cessent; le gonflement de la cuisse et de la jambe diminue. Issue hors de la plaie d'une grande quantité de pus et de sang corrompu. On enlève le compresseur facilement et sans inconvénient 90 heures après l'opération; l'artère était oblitérée complétement dans ce point et jusqu'à l'origine de l'anévrysme. Le lacet fut laissé en place et une personne fut chargée de veiller sur le malade dans la crainte d'une hémorrhagie secondaire.

5e jour. — La nuit a été troublée par la nécessité de rester dans la po-

sition prescrite. Du reste, tout va de mieux en mieux ; la plaie se rétrécit et fournit une petite quantité de pus de bonne nature. Pilules de morphine ; un purgatif.

6e jour. — Nuit tranquille, douleur erratique très-légère. Diminution rapide de la cuisse et de la jambe, peu marquée dans la tumeur; le lacet est facilement enlevé.

7e jour. — Lotions sur la tumeur avec l'eau vulnéraire de Theden. Sachets de son chaud sur la jambe et le pied.

8e jour. — Rétrécissement progressif de la plaie. L'anévrysme est devenu plus mou et réduit dans son grand axe. La position continuelle du membre sur le côté externe a amené une légère escharre au niveau de la malléole, ce qui retarde un peu la guérison définitive.

Au 11e jour, la cicatrisation de la plaie est complète ; au 15e, la tumeur a diminué de diamètre d'un bon pouce. Le 40e jour, l'opéré pouvait se soutenir sur le membre et faire quelques pas dans sa chambre. Cependant il reprit le repos jusqu'à la guérison complète de la plaie de la malléole et ne jouit de l'usage de son membre que vingt et quelques jours après.

Pendant ce temps survinrent quelques accès de fièvre tierce qui furent guéris par l'hydrocyanate de quinine.

La tumeur ayant beaucoup diminué pendant cette période, le malade reprit ses occupations deux semaines après. Il continua à faire des frictions quelque temps encore avec le baume opodeldoch sur le sac, pour dissiper le gonflement qui persistait.

En somme, depuis l'opération jusqu'à la guérison totale, il s'était écoulé 66 jours. Il en eût fallu moins sans l'eschare de la malléole.

Brutti nous dit qu'il s'est décidé à choisir le compresseur d'après les faits à lui connus d'Assalini et de Cumano, mais surtout d'après les conseils de son ami Fracchia, qui, pendant qu'il était chirurgien militaire, l'avait employé sur de gros vaisseaux dans des plaies profondes. Il cite en particulier la sous-clavière et la crurale dans les cas de blessure grave ; il s'en servit aussi dans un cas d'anévrysme poplité. L'instrument fut laissé en place quatre jours seulement.

Brutti défend l'instrument d'Assalini contre les reproches que lui avait adressés Monteggia et fait ressortir les avantages de son emploi sur la ligature ordinaire et même sur la ligature amovible.

M. Corradi nous apprend que Brutti opéra de la même manière un autre anévrysme poplité en 1836. Il paraît que c'est pour la dernière fois que fut employé en Italie le presse-artère d'Assalini.

Voici cette dernière observation :

D'un anévrysme poplité opéré et guéri par le compresseur d'Assalini.
(*Gaz. médic.* de Milan, 1842, p. 86.)

Gelo Giacomo, 40 ans, meunier, de tempérament sanguin, toujours bien portant jusqu'en 1836, reconnut dans le mois de mai qu'il était

atteint au jarret gauche d'une tumeur pulsatile du volume d'une noisette, qui le faisait beaucoup souffrir lorsqu'il allait en voiture.

Le 30 août, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule; un examen attentif m'ayant démontré l'existence d'un anévrysme, j'établis sur-le-champ sur la tumeur une compression que je renouvelai plusieurs fois et maintins plusieurs mois.

La tumeur n'ayant pas diminué, et le malade demandant à être délivré, je l'opérai le 10 décembre en présence du Dr Fracchia.

L'opération fut prompte et facile, et la tumeur cessa de battre aussitôt que le compresseur fut appliqué.

Le 3e jour, je relâchai la vis, m'étant assuré que le thrombus était déjà fait dans l'artère, parce qu'on ne sentait plus de pulsations dans le sac.

Le 4e jour, j'enlevai le compresseur, laissant seulement le fil de sûreté plus facile à extraire quand la plaie suppure abondamment.

Il ne survint qu'un médiocre mouvement fébrile que je modérai facilement avec les antiphlogistiques. Le membre qui s'était un peu refroidi et tuméfié se dégonfla peu à peu en même temps que la température redevint normale.

La plaie réunie par première intention après l'ablation du compresseur, guérit en moins de 20 jours.

L'anévrysme décrut peu à peu jusqu'à disparition complète; un mois après, Gélo, guéri de son mal, reprenait ses affaires, mais il sentit un engourdissement de la cuisse, des fourmillements dans le membre, une sensation de froid et quelques douleurs; enfin, il remarqua un gonflement sur le trajet de l'artère fémorale, avec quelques accès de fièvre intermittents. Je reconnus les signes d'une inflammation profonde dans les tissus environnant l'artère et prescrivis les sangsues et les cataplasmes.

Malgré ce traitement, la lésion empira, des taches rouges, érysipélateuses apparurent au niveau de l'artère; la peau sus-jacente se couvrit de petites tumeurs inflammatoires, d'abord dures, puis molles, présentant à leur sommet un point noir qui alla en s'élargissant, de sorte que le tégument présenta un aspect gangréneux. Il se forma au moins trente de ces petites tumeurs donnant issue à un pus noirâtre et très-fétide; néanmoins toutes les plaies se détergèrent rapidement, guérirent en 12 jours, laissant des cicatrices semblables à celles de la variole. Enfin, le membre opéré resta plus petit que l'autre d'environ 1/2 pouce.

Brutti nous apprend que chez son premier opéré, une pareille inflammation phlegmoneuse profonde s'était développée 3 mois après la guérison de la plaie et après que le malade avait repris sa profession de sellier. Il n'avait pu signaler cet incident qui ne s'était produit qu'après la publication du fait.

Cette complication tardive étonne Brutti, qui se demande si l'inflammation ne serait pas due à l'élimination d'une portion de l'artère mortifiée par le compresseur. Mais il rejette cette hypothèse,

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41 rue Jean-Jacques-Rousseau. *Le Gérant :* G. MASSON.

ne pouvant s'expliquer comment cette mortification aurait pu marcher d'une manière si insidieuse et se faire au bout d'un temps aussi long. Il croit plutôt que l'opération a laissé dans la profondeur un foyer d'irritation qui, sous l'influence de la fatigue et de l'exercice, a donné lieu à une inflammation phlegmoneuse.

Dans tous les cas, il ne croit pas pouvoir accuser directement et rejeter le compresseur d'Assalini qui lui a donné deux si beaux succès.

Nous avons vu précédemment que Manzella, en racontant sa mésaventure avec le presse-artère en écaille, ajoute que s'il avait eu un autre instrument il l'aurait employé. L'occasion se présenta bientôt, car on lit dans la *Cerere palermitana* du 26 janvier 1824 que le Dr Manzella s'est servi du presse-artère d'Assalini au grand hôpital de Palerme.

« Vicenzo Voglia, âgé de 44 ans, était affecté d'une tumeur anévrysmale du jarret gauche, dont le volume excessif faisait craindre la gangrène de la jambe.

L'instrument fut laissé 30 heures en place, temps au bout duquel la tumeur ne battait plus. — Pour éviter que le processus adhésif vînt à dégénérer en ulcération par la présence trop prolongée du corps étranger, on l'enleva comme on l'avait mis : la plaie se réunit par première intention. La tumeur et l'œdème de la jambe diminuèrent, et peu à peu le membre reprit son état primitif sans que le malade eût présenté aucun symptôme grave.

L'opéré mourut 7 mois après l'opération ; il s'était développé « une plaie gangréneuse qui intéressait le talon et la malléole externe, et un abcès à la partie supérieure latérale externe de la jambe, tandis que l'anévrysme était parfaitement guéri.

A la dissection du membre, on vit que l'artère opérée était réunie au tissu cellulaire ambiant, devenu presque cartilagineux au point comprimé. L'adhésion existait dans la longueur de 8 à 10 lignes environ : l'artère étant ouverte longitudinalement, on voyait au-dessus de l'adhésion deux collatérales dilatées au point d'avoir à peu près les dimensions d'une plume de poule. En essayant de séparer les membranes pour voir si elles étaient coupées, on put le faire facilement jusqu'au niveau de l'adhésion, mais difficilement en ce point. On y parvint cependant, mais non sans beaucoup de peine ; les tuniques étaient restées intactes, sans trace de processus suppuratif [1]. »

[1] Je dois la connaissance de ce fait à M. Corradi qui renvoie de plus aux sources bibliographiques suivantes. *L'Osservatore medico* di Napoli, 1824, an II, p. 32, 180. — Assalini Paolo, *Lettera al prof. V. Berlinghieri sull' uso del premi-arterie graduato nella cura degli aneurismi degli arti*, Palermo, 1824. — Catanoso, *Nota alla lettera del Cav. Assalini interno al suo premi-arterie*, Palermo, 1824. — Salemi G. *Osservazioni sull' uso del premi-arterie del Cav. Assalini e sulli effetti della pressione nella cura degli aneurismi*, Palermo, 1824.

Renaissance de l'aplatissement des artères en Angleterre et en France.

Délaissée depuis longtemps en France et en Italie malgré les succès qu'elle y avait obtenus, la méthode a reparu depuis quelques années en Angleterre où elle n'avait jamais pris racine, et chez nous-mêmes qui n'avions pas su en apprécier la valeur.

Voici comment la chose s'est faite de l'autre côté du détroit. On se rappelle qu'en 1859, Simpson se prit à lancer l'anathème contre la ligature et proposa de la remplacer par l'acupressure. Celle-ci fut accueillie avec une grande faveur et expérimentée sur une large échelle. Malgré le talent et les efforts du maître et des adeptes, cette méthode ne tarda pas à susciter une forte opposition au lieu même de sa naissance. Finalement, elle est aujourd'hui à peu près abandonnée, ce dont, pour notre compte, nous ne nous plaindrons pas.

Cependant, les reproches faits à la ligature par Simpson, s'ils étaient exagérés, n'étaient pas tout à fait dénués de fondement; aussi laissèrent-ils une trace, et l'on s'explique ainsi comment, en quatre ans (1865-1869), les chirurgiens retrouvent des procédés tombés en désuétude et des instruments perdus dans le vieil arsenal [1].

En 1865, le Dr l'Estrange présente à la Société chirurgicale d'Irlande [2] un instrument de son invention destiné à faire la compression directe des artères profondes dans la cure des anévrysmes. Il se compose de plusieurs pièces dont les deux principales représentent absolument, quand elles sont réunies, un brise-pierre de petit volume, avec cette différence toutefois que les mors sont dépourvus d'aspérités. La branche mâle est introduite isolément sous l'artère dénudée comme une aiguille à ligature ordinaire ; la branche femelle est ensuite ajustée sur la branche mâle, puis, à l'aide d'une vis, les deux mors qui étreignent le vaisseau sont rapprochés au degré voulu et effacent la cavité vasculaire. L'absence ou la présence des battements dans le sac règlent le degré de constriction nécessaire et indiquent également l'époque où le sang est coagulé dans la tumeur. Une fois ce résultat atteint, la compression devient inutile et l'instrument peut être enlevé sans peine.

Dans une courte discussion qui suivit cette présentation, le président, M. Butcher, trouve l'instrument très-ingénieux.

[1] Je ne ferai pas figurer dans cette liste l'instrument de M. Prichard, véritable serre-nœud de Desault, et qui fut appliqué avec succès sur l'artère poplitée.

[2] *The Dublin Med. press.*, 7 juin 1865, p. 535.

M. Stapleton recommande les expériences sur le cadavre, mais croit que pour la sous-clavière, par exemple, l'application en cas d'anévrysme pourrait être parfois difficile.

Nous avons déjà vu un presse-artère construit par sir Henry (mémoire de Ristelhueber) en forme de podomètre. L'instrument de M. l'Estrange agit d'une manière analogue, mais il est d'une construction bien supérieure. Nous renvoyons le lecteur aux dessins intercalés dans le texte.

M. L'Estrange ajoute à sa note une remarque qui nous paraît intéressante. Suivant lui, l'époque où s'effectue la coagulation du sang varie beaucoup d'un sujet à l'autre, ce qui tient sans doute à des qualités particulières de ce fluide. En conséquence, il propose avant de commencer la cure de faire l'examen chimique et microscopique d'une petite quantité de sang du patient, et pense que cette exploration éclairerait beaucoup le praticien.

Deux ans plus tard, en 1867, le Dr Porter, de Dublin, se servit de l'instrument de M. l'Estrange dans un cas d'anévrysme de la sous-clavière [1]. Les détails de l'observation vont nous montrer que si l'application a été assez facile, en tant que manuel opératoire, l'insuccès qui l'a suivie peut être en partie attribué à l'instrument lui même. Les craintes exprimées par M. Stapleton au moment de sa présentation ont donc été justifiées jusqu'à un certain point.

Un laboureur de 44 ans, robuste, sans affection antérieure, entra le 11 juin 1867 à Meath Hospital pour une tumeur siégeant au-dessus de la clavicule droite et datant de 14 mois. Cette tumeur, du volume d'un œuf de canard, occupait le triangle sus-claviculaire et présentait 3 pouces 1/2 transversalement, et 2 pouces 1/8 perpendiculairement. C'était un anévrysme de la sous-clavière.

Le malade présentait aussi un petit anévrysme de la fémorale droite, juste au-dessous du ligament de Poupart.

Après avoir pris l'avis de ses collègues et avoir mûrement réfléchi sur le choix de l'opération à pratiquer, Porter se décida pour l'acupressure, qui fut faite par la méthode ordinaire, le 26 juin 1867.

Cette première opération, que nous ne faisons que mentionner, fut faite sur l'axillaire ; elle n'eut aucun succès, et, le 17 juillet, l'anévrysme avait repris tous ses caractères primitifs; il présentait seulement un peu plus de fermeté au toucher.

Bien que tous les cas antérieurs de la ligature de la sous-clavière aient été suivis d'insuccès, M. Portes se décida à tenter l'oblitération de ce vaisseau, après s'être assuré que la première partie de la sous-clavière, ainsi que l'artère innominée, étaient saines. Il voulut alors faire la compression directe du tronc brachio-céphalique avec l'instrument de M. l'Estrange.

[1] *The Dublin Quatearly journal of med. science*, 1867, t. 44, p. 269.

[2] C'est-à-dire entre le sac et les capillaires, ou par la méthode de Brasdor.

Le 31 juillet, le patient étant endormi et convenablement placé, M. Porter fit une incision partant du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien droit, à deux pouces au-dessus du sternum, et se dirigeant vers la partie médiane de cet os. Une seconde incision, partant de la clavicule, à 2 pouces de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée en dedans, de façon à rencontrer la première à angle aigu. La dissection du lambeau triangulaire ainsi limité fut faite avec soin, surtout au niveau du point où se trouvait la partie interne du sac anévrysmal. On incisa sur conducteur les faisceaux sternal et claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien droit, une aponévrose resistante qui occupait toute l'étendue de la plaie, les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, et enfin, après avoir évité plusieurs veines chemin faisant, on arriva à la carotide qui battait fortement sous le doigt. En déchirant avec soin le tissu cellulaire avec l'ongle et la sonde, le long de la carotide, on parvint au tronc brachio-céphalique. On écarta la veine innominée gauche qui se trouvait dans le champ opératoire; l'artère fut facilement séparée de la trachée, mais sans qu'on la vît, car on opérait alors derrière le sternum. Ici, nous laissons la parole à l'opérateur:

« L'artère étant mise à découvert, j'essayai de passer sous elle l'aiguille de l'Estrange, de dehors en dedans, mais je ne pus abaisser l'instrument, qui venait butter contre le sternum et l'extrémité de la clavicule. Je changeai alors de position et me plaçai à la tête du patient, après l'avoir attirée plus en arrière de façon que l'artère se trouvât sur un plan plus élevé. J'eus ainsi plus de puissance sur l'instrument que je passai lentement et avec soin autour du vaisseau. Je retirai alors le manche, je fis passer la seconde partie de l'instrument sur l'artère, et je le vissai lentement au moyen de l'écrou. Les battements, de la tumeur devinrent de plus en plus faibles au fur et à mesure que se rapprochaient les branches, et cessèrent enfin lorsqu'elles furent en contact. Le volume de l'anévrysme était fort diminué.

Le patient supporta bien l'opération et n'accusa aucun inconvénient de l'interruption du cours du sang dans ce côté de la tête. Les lèvres de la plaie furent réunies au moyen de quatre points de suture, et on recouvrit le tout d'un plumasseau de charpie. L'instrument fut placé au point de réunion des deux incisions. »

L'opération avait duré 40 minutes. Le malade fut reporté dans son lit et on mit sur la tumeur une petite vessie de glace.

Les jours suivants, malgré l'application de la glace, les battements reparurent dans la tumeur.

Le 2 août, au bout de 47 heures, l'instrument fut enlevé sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, mais les battements reparurent immédiatement dans l'anévrysme, presque aussi fort qu'avant l'opération. La tumeur était plus ferme, mais elle avait repris son volume. On continua l'application de vessies de glace.

Le 9 août, la plaie était belle, et la tumeur dans le statu quo, lorsqu'il s'échappa, dans la matinée, un flot de sang par la plaie.

Des élèves arrêtèrent immédiatement l'hémorrhagie, puis M. Porter

appliqua lui-même un pansement compressif. Plusieurs petites hémorrhagies se reproduisirent dans la journée.

Le lendemain matin, un violent jet de sang chassa toutes les pièces du tamponnement, et le malade mourut aussitôt.

A l'autopsie on trouva quelques plaques athéromateuses sur la tunique interne de la crosse de l'aorte qui était dilatée, mais non anévrysmatique. L'hémorhagie avait pour cause une ulcération siégeant à la bifurcation du tronc brachio-céphalique. Il y avait plusieurs couches de fibrine dans le sac. Au point où avait été pratiquée l'acupressure sur l'axillaire, l'artère était rétrécie, mais non oblitérée complétement.

Après avoir examiné les pièces, M. Porter conclut :

1° Que le retour des pulsations dans la tumeur avait pour cause le glissement de l'artère entre les mors du compresseur, d'où était résultée la formation d'un petit canal dans le vaisseau au delà de l'extrémité des mors ;

2° Qu'en vissant l'instrument avec force pour arrêter le cours du sang, la pression exercée sur la paroi antérieure du vaisseau y avait déterminé une ulcération ;

4° Que les branches de l'instrument étaient trop courtes et pas assez recourbées pour un vaisseau du volume du tronc brachio-céphalique.

« Quant au compresseur, ajoute-t-il en terminant, je suis convaincu que c'est réellement un bon instrument, conçu sur d'excellents principes, et je pense qu'il réussira un jour ou l'autre à guérir les anévrysmes. Si l'artère ne glisse pas, il ne faut qu'une pression modérée pour arrêter le cours du sang. »

Porter s'appuie sur ce fait pour vanter les bons effets de l'acupressure qu'il regrette de n'avoir pas employée pour le tronc brachiocéphalique. Nous ne discuterons pas ces assertions problématiques ; en revanche nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici le beau dessin de la pièce pathologique, qui rend très-bien compte et de l'insuccès et de la cause de l'accident mortel. En effet, la pince, soit primitivement, soit par suite de son glissement, s'est placée non pas sur le tronc brachio-céphalique lui-même et perpendiculairement à son axe, mais juste à la rencontre de ce tronc avec la carotide et la sous-clavière, d'où persistance de la communication entre ces trois vaisseaux et interruption incomplète du courant sanguin, d'où encore choc continu de l'ondée sanguine contre le point correspondant à l'extrémité libre des mors.

Si l'on était tenté de renouveler un semblable essai, il faudrait, à mon avis, placer deux pinces, l'une à l'origine de la carotide, l'autre à la naissance de la sous-clavière, et veiller à ce qu'elles compriment exactement ces vaisseaux à angle droit et dans tout leur diamètre transversal.

Le 12 octobre 1867, M. Thomas Nunneley, chirurgien de l'infirmerie générale de Leeds, publie une note intitulée : *On a new method of closing bleeding blood-vessels by moveable forceps* [1].

Il déclare d'abord qu'une méthode sûre d'arrêter le sang, qui ne nécessiterait point le séjour d'un corps étranger dans la plaie, serait un grand progrès en chirurgie ; — qu'à son défaut on pourrait se contenter d'un procédé qui fermerait sûrement les vaisseaux sans empêcher la réunion des parties blessées, et même d'un moyen qui utiliserait les corps étrangers, mais à la condition que ceux-ci ne nuisent pas par leur présence, puissent être enlevés aisément sans léser les tissus, et sans empêcher leur réunion par première intention.

Certes, on a beaucoup exagéré les inconvénients de la ligature ; cependant tout praticien serait heureux de pouvoir s'en passer, si la chose était possible. M. Nunneley, qui a suivi avec beaucoup d'intéret les essais d'acupressure, ne croit pas qu'elle puisse remplacer la ligature, et entre à ce propos dans des développements que nous ne reproduirons pas ici. Notons seulement qu'il a essayé de substituer aux fils organiques les fils métalliques, mais que cette substitution ne l'a pas davantage satisfait.

C'est alors qu'il inventa des pinces agissant d'elles-mêmes (*self-acting*) à branches assez minces pour ne pas écarter les bords des plaies, assez fortes pour tenir exactement fermés les vaisseaux divisés, assez faibles pour ne point sphacéler ou ulcérer les parois vasculaires étreintes, susceptibles enfin d'être enlevées au moment voulu sans dilacérer la plaie ni détruire la réunion primitive.

Après quelques essais il s'arrêta à un modèle dont il donne la figure et dont l'action repose exactement sur les mêmes principes que la serre-fine, avec ces deux différences toutefois que l'anneau externe destiné à rester au-dehors est plus large, plus volumineux et par conséquent plus commode à manier, et que les branches qu doivent plonger dans la plaie sont droites, parallèles et capables d'arriver au contact.

Les vaisseaux étant de calibre inégal et situés à des profondeurs diverses, les branches doivent nécessairement être plus ou moins longues (quatre dimensions comprises entre six lignes et 3 pouces suffiront à tous les cas) et plus ou moins solides, autant pour conserver leur forme et leur rigidité que pour exercer une pression forte sur les artères, car, lorsqu'elles sont bien posées, elles n'ont besoin que d'une très-faible puissance pour fermer même les plus gros vaisseaux.

Les pinces sont construites en acier, ce qui les rend un peu

[1] *British med. journal*, 12 octobre 1867, p. 310.

chères, mais toute autre substance métallique conviendrait sans doute et permettrait de les avoir à meilleur marché.

On laisse les pinces de 12 à 24 heures sur les petites artères, mais sur les grosses il faudrait attendre de 24 à 48 heures, temps au bout duquel les plus grosses artères doivent être scellées ; au besoin rien n'empêcherait de prolonger leur séjour. Les cas où les pinces ont été employées ont marché remarquablement bien, mais on ne pourra savoir que plus tard quelle part leur revient dans le succès. Il est probable que dans quelques cas d'anévrysmes, on pourrait comprimer l'artère au-dessus du sac avec ces pinces, pendant un temps plus ou moins long ; il suffirait d'inciser la gaîne dans une très-petite étendue, pour glisser les branches autour de l'artère. M. Numeley se propose d'en faire l'essai, si l'application aux vaisseaux ouverts continue à le satisfaire.

Lorsque la plaie est réunie, les pinces sont beaucoup moins exposées à être dérangées dans les mouvements du malade que les aiguilles à acupressure, car elles ne compriment pas d'autres tissus que les vaisseaux ; elles conviendraient également aux hémorrhagies veineuses et agiraient aussi bien sur les veines que sur les artères.

M. Nunneley, ayant entendu exprimer la crainte que les longues branches ne viennent à céder et à abandonner le vaisseau saisi, a fait construire un autre instrument : c'est une tige bifurquée qui rappelle la pince de Hales et dont les branches divergentes sont rapprochées à volonté par une coulisse qu'on fait glisser de haut en bas, de manière à obtenir le degré de pression qu'on désire. Une figure représente également cet instrument.

Le travail de M. Nunneley provoqua diverses publications.

Le mois suivant, M. Wolfe, chirurgien-oculiste à l'infirmerie royale d'Aberdeen, publie dans le même journal une note intitulée : *New method of arresting hœmorrhage by cannula artery forceps*[1].

L'auteur avait connu l'acupressure de Simpson en 1859, quand elle fut expérimentée à l'école vétérinaire de Paris ; depuis il en a suivi avec le plus vif intérêt l'emploi à Aberdeen. Le principe d'enlever rapidement et à volonté les fils à ligature des plaies chirurgicales est une conception brillante que les chirurgiens ne doivent pas perdre de vue, quelles que soient les difficultés d'exécution. Mais l'acupressure avec les aiguilles et même avec les épingles à châle a des inconvénients et des dangers, et n'est pas applicable à tous les cas. D'une autre part, les reproches faits à la ligature ont été exagérés.

Etant habitué à employer les serre-fines qu'il regarde comme su-

[1] *British med. journal*, 16 nov. 1867, p. 444

périeures même aux sutures métalliques, il conçut l'idée de les appliquer à l'hémostase ; mais ayant éprouvé beaucoup de difficultés à les retirer des plaies profondes et croyant dangereux de les laisser sur une artère dénudée, il fit construire sa canule-forceps.

Cet instrument, représenté dans un dessin, est composé d'une tige métallique bifurquée à une de ses extrémités et dont les deux branches s'écartent par leur propre élasticité. Cette tige est introduite dans une canule qu'il suffit de pousser ou de retirer pour serrer ou desserrer les mors. C'est exactement la pince à deux branches de Hales ou le porte-aiguille de Roux. On peut en construire de formes et volumes différents, suivant la profondeur de la plaie et le volume des vaisseaux. Cet instrument fut fait en 1867 ; on ne dit pas qu'il ait servi sur le vivant, ni qu'on ait fait des expériences sur les animaux.

L'année suivante, le docteur William Taylor, d'Edimbourg, ayant lu le travail de M. Nunneley, publie un article intitulé : *The closing of bleeding blood-vessels by arterial forceps* [1].

Il rapporte les résultats d'expériences faites lorsqu'il était élève de Simpson et consignées dans une thèse présentée à la Faculté de médecine d'Edimbourg, en mars 1866.

M. Taylor pense que la ligature est destinée à disparaître avant quelques années, et que l'acupressure est « supra-excellente. » Cependant il convient qu'elle n'est guère applicable dans les parties profondes; c'est pourquoi, cherchant un moyen capable d'être employé partout, il a imaginé un compresseur agissant de lui-même (*self acting wire compress*) auquel il a donné le nom *d'acupressor arteriæ.*

Ce petit instrument est construit de manière à tenir solidement le vaisseau et à être enlevé à volonté, quoiqu'il soit caché à la vue au fond des parties divisées. Il agit comme une ligature métallique, avec cette différence qu'on n'a pas besoin d'attendre sa chute pendant 2, 3 ou 4 semaines.

L'acupresseur artériel est composé d'un fil d'acier contourné exactement comme la serre-fine. Les extrémités libres ou mors, au lieu d'être aplaties ou dentelées, sont disposées, l'une, comme une mortaise, l'autre, comme un tenon. Le vaisseau est donc aplati et presque plié en deux au point où il est saisi.

L'instrument de petite dimension (3 ou 4 cent.) pourrait disparaître au fond de la plaie, mais à l'anneau qui le termine extérieurement est attaché un fil pendant hors de la plaie et destiné à le retrouver et aussi à le retirer. Ce fil, en effet, guide un tube métal-

[1] *British med. journal*, 1er février 1868, p. 92.

lique qui desserre les mors de la pince à quelque profondeur qu'elle se trouve.

Le forceps artériel n'est pas une invention aussi nouvelle que le pense M. Taylor ; ce n'est en somme qu'une serre-fine ; il a le mérite d'être peu coûteux (l'auteur insiste sur ce point) et de pouvoir à la rigueur être instantanément construit avec un fil métallique un peu fort; en revanche, je le crois d'un maniement malaisé, aussi je renvoie à l'article original et aux dessins annexés ceux qui voudraient le connaître plus complétement. Je reproduirai néanmoins les conclusions de M. Taylor, ne fût-ce que pour indiquer à quelles préoccupations il a obéi.

« L'acupresseur artériel agit sûrement ; il est aisément applicable; on peut le placer sans aide, chose importante pour le chirurgien militaire ou le médecin de campagne; il convient partout où la ligature est possible et exige beaucoup moins de temps que cette dernière ; il se recommande par sa grande simplicité et son bon marché; on peut l'employer dans la cure des anévrysmes par la méthode de Hunter; au bout de peu de jours il amènera l'occlusion de l'artère et pourra alors être enlevé. Il est applicable aux parties profondes, partout où le bistouri pénètre, et même quand la plaie est étroite, mais dans ce dernier cas on se sert du tube pour le placer convenablement.» M. Taylor termine en commentant assez aigrement certains passages de l'article de M. Nunneley et attribue les idées de ce dernier à MM. Hoffmann, Staunton et Birkett.

En 1869, M. Wills Richardson décrit un *Tubulare presse-artère for the immediate compression of arteries* [1].

Beaucoup d'instruments, dit-il, ont été inventés pour la compression immédiate des artères, et tous sont tombés promptement en désuétude, parce qu'ils tenaient beaucoup de place dans les plaies accidentelles, dans les plaies opératoires et lorsqu'on les plaçait sur une artère atteinte d'anévrysme.

Le temps seul peut décider si l'acupressure est destinée à supplanter la ligature. Il est à peu près certain, cependant, que la ligature agit trop souvent comme un séton, maintenant la suppuration et prolongeant ainsi pour le malade les chances d'un empoisonnement du sang; objection bien sérieuse si, comme le prétend Sédillot, le pus, au contact des surfaces sectionnées, a une grande influence sur le développement de la pyémie.

Le presse-artère ci-joint étant applicable seulement à la compression immédiate, n'a pas un aussi vaste champ d'action que l'acupressure ; mais je pense qu'il a des avantages très-marqués sur la ligature, surtout lorsqu'on l'applique sur une grosse artère, d'au-

[1] *Med. Times et Gaz.*, 24 avril 1869, p. 435.

tant plus que la paroi du vaisseau est le seul tissu comprimé.

J'ai employé récemment ce presse-artère tubulaire dans une amputation de l'avant-bras, et il a répondu admirablement à mon attente. Mais deux vaisseaux, cependant, ont exigé la compression : c'étaient la radiale et l'interosseuse antérieure. Un presse-artère fut laissé sur chacune d'elles pendant 48 heures et on le retira alors sans occasionner d'écoulement sanguin.

L'idée du presse-artère me fut suggérée par l'instrument dont on se sert pour l'extraction des petits calculs de l'urèthre. Il se compose :

1° D'un tube en argent terminé supérieurement par un bouton aplati et muni d'un pas de vis à sa face interne et dans sa moitié supérieure ;

2° D'une tige d'acier, terminée inférieurement par deux mors lisses et sans bords tranchants, disposés de façon à s'écarter et à se rapprocher parallèlement, et supérieurement par un bouton hexagonal. Cette tige est également munie dans une certaine étendue d'un pas de vis qui d'ailleurs n'est pas indispensable : car on peut, au lieu de tourner le tube sur la tige pour rapprocher les mors, se contenter de faire glisser de haut en bas le premier sur la seconde.

On voit par là que l'instrument susdit ressemble beaucoup à la canule-forceps de M. Wolfe, que d'ailleurs M. Richardson ne semble pas connaître.

Le presse-artère aurait d'après son auteur les avantages suivants :

Le peu d'espace qu'il occupe ;

La facilité de son application et de son ablation, la graduation exacte de la compression, grâce à la présence du pas de vis.

Les différents travaux que je viens d'analyser montrent clairement où tendent leurs auteurs :

1° Se passer de la ligature et aussi de l'acupressure.

2° Leur substituer des instruments métalliques de petit volume, pour ne pas encombrer la plaie ; n'étreignant que les vaisseaux, et encore d'une façon temporaire, incapables d'irriter les tissus, n'empêchant pas la réunion immédiate si chère à nos voisins d'outre-Manche, et enfin faciles à enlever dès que l'oblitération vasculaire est obtenue.

De là ce luxe d'instruments qui en somme se rapportent tous à deux types déjà bien connus : la serre-fine et la pince uréthrale.

Du reste, aucun des six auteurs que nous avons cités ne paraît connaître les essais antérieurs, et presque tous se montrent d'une grande réserve quant à l'application des instruments susdits.

Je ne crois pas d'ailleurs que toutes ces innovations aient fait

fortune, car nous n'en trouvons plus vestige dans les journaux anglais les plus récents.

Pendant que ces tentatives étaient faites en Angleterre, quelques chirurgiens français employaient également la forcipressure, soit comme procédé de nécessité (ainsi que nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent), soit comme procédé hémostatique passager (nous en parlerons dans le chapitre suivant), soit enfin pour remplacer la ligature même des gros vaisseaux. Occupons-nous ici de cette dernière application.

En 1858, M. le Dr Ancelet, de Vailly-sur-Seine, ampute sans aide l'avant-bras d'une femme de 72 ans pour un cancroïde de la main[1].

Un double jet de sang s'échappe des artères radiale et cubitale. Pour me donner le temps, dit l'auteur, de poser les ligatures, et n'ayant pas sous la main de pinces à verrou, j'appliquai à l'orifice des vaisseaux saisis avec une pince ordinaire des serres-fines. Voyant la promptitude avec laquelle elles avaient arrêté l'hémorrhagie, je songeai à les utiliser comme moyen définitif.

Saisissant donc l'artère radiale avec la pince, je rapprochai sur elle les lèvres de la plaie et je la maintins dans cette position en appliquant dans ce point une serre fine. Je fis de même pour la cubitale : le résultat fut aussi net qu'on pouvait le désirer; il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. Si l'on variait la position des serres-fines, l'écoulement recommençait; donc l'arrêt de l'hémorrhagie n'était pas dû à la mâchure du vaisseau ni à son refoulement, ni à la peau faisant à l'orifice vasculaire l'office de bouchon : il était bien et dûment produit par le pincement médiat de l'artère.

Le pansement définitif ne fut fait qu'après une heure; le lendemain le sang n'ayant pas reparu, j'enlevai avec précaution les serres-fines.

L'hémorrhagie ne reparut pas; le fond de la plaie ne contenait pas de sang. Les serres-fines furent laissées en place jusqu'au 7e jour. La suppuration, d'ailleurs modérée, avait cessé au 20e jour, la guérison était complète et le moignon très-régulier.

C'est à l'expérience future, ajoute M. Ancelet, à nous dire si ce procédé est susceptible d'une application générale ou s'il doit être réservé seulement aux amputations de la jambe, de l'avant-bras, etc. Néanmoins on peut déjà conclure : 1° que, les serres-fines étant convenablement appliquées, on peut leur imprimer des mouvements brusques, variés, étendus, sans que leur extrémité active subisse le moindre déplacement, sans que par conséquent l'hémostase soit compromise; sous le rapport de la sécurité, ce procédé ne le cède donc en rien à la ligature.

[1] *Note sur un nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations.* Communiquée à l'Académie des sciences, 1860. Brochure à part de 7 pages, librairie Savy.

2° En confondant en un seul et même temps la striction du vaisseau et la réunion de la plaie on simplifie l'opération; en supprimant la ligature on supprime du même coup le détail le plus laborieux, le plus long, le plus minutieux, celui qui rend nécessaire le concours d'aides intelligents, circonstance qui ne saurait être indifférente au point de vue de la chirurgie militaire et de la pratique dans les petites localités de la province.

Dans une troisième conclusion, M. Ancelet espère que son procédé diminuera les chances d'érysipèle, d'infection purulente, etc. Nous ne pensons pas que le *pincement médiat* soit d'une application usuelle; mais nous rendons justice à l'ingéniosité de l'auteur et, ne fût-ce qu'à titre de document curieux, nous enregistrons volontiers son observation.

Dans la brochure de 1870, M. Ancelet revient sur son procédé, mais sans fournir d'autres exemples de son application aux gros vaisseaux.

D'autre part, MM. Deny et Exchaquet nous apprennent que depuis dix ans M. le Dr Péan, chirurgien des hôpitaux, « travaille à rejeter complétement la ligature dans les opérations chirurgicales; » et en attendant qu'ils fassent connaître, dans un mémoire actuellement sous presse, les principes et les résultats de cette réforme radicale, ils publient dans la *Gazette médicale* une note qui renferme de nombreuses observations relatives à l'emploi des pinces comme agents d'hémostase préventive, temporaire et définitive[1]. Nous reviendrons plus tard sur les deux premières applications et ne signalerons actuellement que les cas où la forcipressure a remplacé la ligature de vaisseaux importants.

Les pinces dont M. Péan se sert et qu'il appelle *hémostatiques* ressemblent aux pinces à pansement à arrêt; celui-ci est obtenu par une crémaillère placée tout près des anneaux. L'instrument se manie très-facilement, et pour remplir les diverses exigences de la pratique ses mors prennent des formes variées. En somme pour étreindre un seul vaisseau, le modèle ordinaire de la pince à pansement suffit bien.

Je donne une analyse des faits relatés par MM. Deny et Exchaquet.

Plaie de l'artère et de la veine fémorales au tiers supérieur de la cuisse. Pinces hémostatiques. Guérison.

Charcutier de province. Artère et veine fémorales ouvertes d'un coup de couteau. Hémorrhagie presque foudroyante suspendue à l'aide de la compression. Appelé la nuit, M. Péan met à nu la face externe de

[1] De l'emploi des pinces dans les opérations chirurgicales envisagées surtout comme moyen d'hémostase. *Gazette médicale de Paris*, 1875, p. 31 et 45.

ces vaisseaux et applique quatre pinces hémostatiques sur les quatre bouts vasculaires. Toutes ces pinces furent retirées du 5e au 6e jour sans qu'elles aient gêné en rien la cicatrisation de la plaie, qui était complète quelques jours plus tard.

Anévrysme de l'humérale. Compression du vaisseau au moyen d'une pince. Guérison.

Homme, 50 ans. Anévrysme siégeant à la partie inféro-interne du bras; les autres moyens de traitement ayant échoué, M. Péan fait une incision à la partie moyenne du bras, le long du bord interne du biceps, découvre l'artère humérale et le saisit avec une pince qui reste appliquée pendant 48 heures. Le jour même les battements avaient complétement disparu dans la tumeur, et celle-ci avait diminué de volume. Le malade quittait l'hôpital quinze jours après.

M. Péan, disent les rédacteurs de l'article, se propose de supprimer le temps le plus délicat de l'opération de la ligature, c'est-à-dire la dénudation de l'artère; il se contente d'isoler le vaisseau de ses veines et nerfs satellites et de le comprimer entre les mors d'une pince. Par cette pratique, on ménage les *vasa vasorum*, on ne diminue pas la vitalité du vaisseau et on évite les fusées purulentes dans la gaîne.

Carie du calcanéum. Amputation de la jambe. Artères athéromateuses; pas de ligature. Guérison.

L..., 53 ans, opéré le 25 juillet 1874. Les vaisseaux qui donnent sont saisis au moyen de cinq ou six pinces, et on cherche à jeter une ligature sur l'une des principales artères; mais, les parois athéromateuses se rompant à deux reprises, on se décide à laisser sur les vaisseaux trois pinces qui sont retirées au bout de 48 heures. Pas d'hémorrhagie consécutive.

M. Bourceret, interne des hôpitaux, a bien voulu me communiquer l'observation suivante :

Amputation de la jambe au tiers supérieur. Pinces à demeure sur la tibiale antérieure et deux autres vaisseaux.

Homme, 60 ans, jambes écrasées par une lourde voiture; la droite est broyée vers le tiers moyen, la gauche présente une vaste plaie au niveau du cou-de-pied avec ouverture de la pédieuse qui est liée. Quelques heures plus tard, amputation de la jambe droite au tiers supérieur. Le malade, très-faible, est pris successivement de plusieurs syncopes. On n'ose pas appliquer sur-le-champ le pansement ouaté ni même achever les ligatures. On laisse donc les pinces sur la tibiale et sur d'autres artères d'un certain calibre. On les retire au bout de 48 heures. Pas d'hémorrhagie. L'opéré, pris de délire dès le moment de l'accident, meurt six jours plus tard.

Enfin j'ai moi-même employé la forcipressure dans un cas grave d'hémorrhagies secondaires rebelles.

Plaie contuse de la face dorsale de la main avec fracture au niveau de la ligne médio-carpienne. Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras. Hémorrhagies répétées par les plaies de la main. Ligature de l'humérale au pli du coude. Deux hémorrhagies consécutives au niveau de cette dernière plaie. Application sur le bout cardiaque de l'humérale d'une pince laissée cinq jours en place. Guérison.

Hirtz, brasseur, 44 ans, constitution forte, ni syphilis, ni scrofule, habitudes alcooliques, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 45, le 22 décembre 1874.

Le 18, la main gauche est prise entre le sol et une barrique de bière. Il en résulta une plaie contuse, large de trois centimètres, située sur le dos de la main au niveau de l'articulation des 2e et 3e métacarpiens avec le carpe.

L'écoulement sanguin, peu considérable, fut facilement arrêté par un pharmacien.

Le 19, Hirtz se présente à la consultation de l'hôpital. L'ablation du pansement détermine une légère hémorrhagie, qu'on réprime avec quelques rondelles d'amadou. Le blessé reste sans soin et continue à travailler jusqu'au 21. Mais la région malade devient le siége d'une inflammation phlegmoneuse violente qui s'étend à la moitié inférieure de l'avant-bras.

Il entre à l'hôpital le 22. L'interne du service pratique sur-le-champ deux incisions longues et profondes sur la face dorsale de l'avant-bras.

Le lendemain 23, je débride moi-même sur la face antérieure du membre au-dessus du poignet. Je prescris le repos, la position élevée, les cataplasmes, les bains locaux émollients, prolongés matin et soir. L'état général s'améliore et le phlegmon tend à se limiter. Cependant le 4 janvier la fièvre et les douleurs reparaissent; une vaste collection a pris naissance le long du bord cubital de l'avant-bras et nécessite une large incision. Tout paraît encore se calmer, mais la résolution est lente à se produire.

Le 13 janvier je constate que l'eau du bain où plonge l'avant-bras est un peu teintée de sang et j'apprends que depuis plusieurs jours le pansement du matin amène une légère hémorrhagie, du reste facile à arrêter, et qu'on attribuait seulement à la blessure légère des bourgeons charnus de la plaie primitive.

Cependant le soir du 13, sans cause connue, le sang traverse les pièces du pansement.

Celui-ci enlevé, on voit le fluide sortir lentement mais d'une manière continue du fond de la plaie carpo-métacarpienne.

Pansement compressif avec l'amadou légèrement imbibé de perchlorure de fer et qu'on laisse en place le lendemain. La compression détermine de la douleur, du gonflement et de la rétention du pus.

Le 15, au moment où l'on se disposait à renouveler l'appareil, l'hémorrhagie reparaît; j'étais précisément dans la salle et j'accourus au lit du malade.

L'artère humérale étant comprimée près de l'aisselle, j'enlève le pan-

sement. La compression suspendue, je vois le sang couler par deux points : l'un superficiel, sur lequel je place une pince hémostatique ; l'autre profond, que j'essaye vainement de saisir avec une pince à artères. Je constate chemin faisant, avec l'extrémité de l'index porté dans la plaie, qu'il y a fracture au niveau de la ligne carpo-métacarpienne et dénudation osseuse. Ne parvenant pas à saisir un vaisseau, je nettoie bien le foyer et je le remplis soigneusement de petits fragments d'amadou imbibés de perchlorure de fer; puis, pour éviter les inconvénients de la compression circulaire, je dispose une série de disques d'amadou superposés et je fais exécuter par des aides qui se remplacent une compression digitale sur ce petit appareil. Le sang est bientôt arrêté. La compression digitale médiate est continuée jusqu'à 4 heures du soir.

Naturellement préoccupé du retour incessant de ces hémorrhagies, j'en cherche la source et les causes. L'écoulement sanguin était peu abondant et ne sortait pas en bouillonnant; il ne s'agissait donc que d'un vaisseau de petit calibre. On l'arrêtait avec la pulpe de l'index placée entre le 2e et le 3e métacarpiens près de leur articulation carpienne. Il était donc préalablement fourni par une des branches perforantes ou interosseuses qui nées de l'arcade palmaire profonde viennent se distribuer au dos de la main. On s'expliquait moins bien pourquoi le sang si facile à arrêter reparaissait si opiniâtrément. On ne pouvait songer à des hémorrhagies septicémiques, car la fièvre était presque nulle, le thermomètre oscillait entre 37,5 et 38,5 et l'état général n'était point mauvais. On ne pouvait invoquer davantage ni violences exercées sur le foyer, ni mouvements intempestifs de la région blessée, car le membre était soigneusement immobilisé dans une gouttière. Peut-être avions-nous affaire ici à une de ces hémorrhagies assez communes dans les membres atteints de phlegmon et dues à l'oblitération des veines principales. En effet, la suppuration avait envahi à l'avant-bras, non-seulement la couche sous-cutanée où rampent les veines superficielles, mais encore la gaîne des vaisseaux radiaux et cubitaux.

La phlébite de toutes ces veines était donc fort admissible et expliquait à la fois l'œdème considérable de l'avant-bras et de la main et la gêne dans la circulation en retour.

La nuit et la matinée suivantes se passent bien ; mais dans l'après-midi, à 4 heures, le sang reparut encore, pour s'arrêter de lui-même au bout de quelques minutes.

Je vis le malade à six heures du soir. Il devenait urgent de prendre un parti décisif. Ayant perdu tout espoir d'hémostase dans le foyer même de la blessure, je résolus de faire une ligature à distance ; je devais choisir entre l'humérale à la partie supérieure, à la partie moyenne ou au pli du coude, car la ligature des artères radiale et cubitale recommandée en pareil cas eût été impraticable dans la moitié inférieure de l'avant-bras, à cause du gonflement considérable, et par trop laborieuse au tiers supérieur. J'optai donc pour le procédé classique au pli du coude, où existait encore un peu d'œdème et de rougeur des téguments. Certes cette opération n'offre pas de bien grandes difficultés, elle fut

cependant laborieuse et suivie d'antécédents divers. L'œdème empêchait de reconnaître les veines superficielles et avait aboli la laxité naturelle du tissu cellulaire; il en résulta que tout en incisant avec précaution et couche par couche je blessai la veine médiane basilique. Je fis la ligature double, coupai le vaisseau entre les deux fils et passai outre. Je mis à nu l'artère entourée de ses veines satellites, dont l'une était énorme, et cherchai à l'isoler avec la pince et la sonde cannelée. En déchirant la gaîne je rompis une de ces branches transversales que s'envoient les veines satellites, et aussitôt la plaie fut inondée de sang. Quatre ligatures furent nécessaires pour l'arrêter. Enfin je terminai l'isolement de l'artère et finis par l'étreindre avec le fil.

Cette opération, faite il est vrai à la lumière et dans des tissus quelque peu dénaturées, avait duré plus de 20 minutes.

Pansement de la plaie récente avec l'eau alcoolisée; cataplasmes sur l'avant-bras.

Le lendemain 17 janvier, l'œdème et la rougeur de l'avant-bras et de la main ont considérablement diminué; les plaies granuleuses ont très-bon aspect.

La température, à 38°7 le matin, s'élève cependant le soir jusqu'à 40°5, elle décroît le jour suivant.

Tout va bien jusqu'au 21. L'état local de l'avant-bras et de la main s'améliore toujours; l'état général est également bon; la température du matin au soir donne 37,6-37,9-38,3.

Le 22, à la visite du matin, le thermomètre marque 40,4; la face est animée, le pouls fréquent, la peau chaude, la soif vive, la langue sèche; il n'y a pas eu de frisson.

Mais à 4 heures du matin on a trouvé au pli du coude le cataplasme et l'alèze trempés de sang noirâtre, dont on évalue la quantité perdue à 100 grammes.

La plaie de la ligature est comblée par un caillot exhalant une odeur fétide. Après l'avoir enlevé avec précaution on constate que les bourgeons charnus ont mauvais aspect et que le pus s'écoule mal. Dans cette manœuvre, toutefois, le sang ne reparaît pas, on ignore donc d'où il est sorti. Peut-être provient-il des veines, car deux des ligatures profondes appliquées sur elles se sont détachées.

En tous cas, on prend soin de placer le membre de façon à ce que la plaie soit à découvert et on la désinfecte à l'aide de lotions phéniquées souvent répétées. Dès le lendemain, la température redescend à 38° et l'incident n'a pas d'autres suites.

Le 27, la ligature de l'humérale tombe spontanément.

Le 28, la plaie de la face dorsale de la main donne issue à un fragment osseux qui ressemble à la tête du grand os du carpe. Dans la soirée le malade est pris d'oppression et présente les signes d'une congestion pulmonaire intense. L'auscultation dénote l'existence d'un bruit de souffle au premier temps et d'un emphysème bien caractérisé.

Le malade nous dit qu'il est asthmatique et que de temps en temps il est pris d'accès semblables de suffocation. On couvre la poitrine de ventouses sèches et on augmente la dose de la potion de Todd qui

avait été administrée concurremment avec l'opium depuis le commencement du traitement.

Dans le courant de la nuit, vers 4 heures du matin, une hémorrhagie se déclare par l'angle inférieur de la plaie du coude. L'infirmier a vu le sang sortir par un jet évident, mais faible. Il a appliqué aussitôt de l'amadou et a comprimé jusqu'à l'arrivée de l'interne de garde qui n'a cru rien devoir faire, le sang étant arrêté.

Dans la journée du 29, la température, basse depuis quelques jours, remonte et atteint le soir 39°3.

Le mouvement fébrile, quoique modéré, se continue les jours suivants; la congestion pulmonaire se dissipe cependant et la respiration devient plus libre.

Le 1er février, au pansement du matin, on trouve dans la plaie un petit caillot du volume et de la forme d'une olive allongée, ce qui nous fait craindre une nouvelle hémorrhagie. Le soir le thermomètre remonte à 39°6 et la dyspnée revient.

A minuit le sang apparaît et cette fois, au dire de l'infirmier (lequel est fort intelligent), à l'angle supérieur. Quelques rondelles d'amadou soutenues par des tours de bande l'arrêtent. A 3 heures du matin nouvelle imbibition du pansement.

L'interne de garde arrive et exerce sur l'humérale à la partie moyenne du bras la compression digitale pendant une demi-heure environ. Il consolide le pansement local avec de nouvelles plaques d'amadou et une nouvelle bande.

A la visite du 2 février le thermomètre marque 40,3 ; l'état général est mauvais ; une hémorrhagie plus grave est menaçante, il faut absolument agir.

La compression ne peut être continuée, elle a déjà en quelques heures ramené l'œdème et la rougeur dans toute l'étendue de l'avant-bras et de la main.

La ligature de l'axillaire peut, comme celle de l'humérale, donner lieu à des hémorrhagies répétées ; je me décide donc à arrêter le sang dans la plaie du coude elle-même et à remplacer la ligature par une pince à demeure.

Le malade étant endormi, un aide est chargé de comprimer l'humérale à la partie moyenne ; la région bien exposée à la lumière, je commence à rouvrir avec les doigts la partie superficielle de la plaie qui s'était déjà beaucoup rétrécie vers ses angles. Je découvre ainsi tout le foyer après avoir enlevé les caillots et le pus. Sa profondeur, beaucoup plus considérable qu'on n'aurait pu le supposer, mesure près de 4 centimètres, ce qui est dû au gonflement des bords et à la position fléchie de l'avant-bras. L'hémorrhagie était partie, avons-nous dit, de l'angle supérieur de la plaie, c'est-à-dire probablement du bout cardiaque de l'humérale.

J'examine très-attentivement ce point suspect ; je vois alors et sens distinctement avec la pulpe de l'index gauche les battements de l'artère soulevant les bourgeons charnus. Certainement il eût été possible de dénuder le vaisseau et de passer au-dessous de lui une aiguille de Des-

champs munie d'un fil ; mais cet isolement eût été à coup sûr malaisé à cette profondeur et au milieu de tissus indurés par inflammation. Au contraire rien ne fut plus simple que de saisir le vaisseau avec la pince. Je me contentai, en effet, après avoir appliqué la pulpe du doigt gauche sur l'artère, de tracer en dedans et en dehors de ce doigt un léger sillon avec le bout d'une sonde cannelée pour faire la voie aux mors de la pince, puis j'enfonçai directement ceux-ci écartés de 8 à 10 millimètres environ et quand je supposai leur pénétration assez profonde je rapprochai les branches et les arrêtai définitivement au moyen de leur arrêt. J'avais employé la pince à pansement ordinaire à arrêt, modèle Charrière, et l'avais placée à un centimètre environ de l'extrémité du vaisseau. Je n'ai pas besoin de dire que les veines satellites dans ce cas ne me préoccupaient nullement et qu'en rasant exactement les faces latérales de l'artère je n'avais pas à craindre la constriction du nerf médian.

Je puis, sans exagération, affirmer qu'à partir du moment où j'ai distinctement vu et senti le vaisseau, l'application de la pince ne demanda pas plus d'*une minute* et ne provoqua pas le plus petit écoulement sanguin. Tout le monde fut comme moi frappé de l'extrême facilité de la manœuvre.

Les mouvements imprimés à la pince tout entière par l'ondée artérielle nous montrèrent aussitôt que le vaisseau était convenablement et complétement étreint.

Après avoir ainsi saisi le bout cardiaque, je procédai à un examen également très-attentif de l'angle inférieur de la plaie, pour placer une autre pince sur le bout périphérique. Mais n'ayant vu là ni traces de caillots, ni battements quelconques, je ne fis rien, comptant bien sur l'oblitération de cet orifice. Mon attente ne fut pas trompée, car à partir de ce jour les hémorrhagies cessèrent définitivement. En revanche, il fallut combattre avec une certaine énergie les accidents thoraciques, qui ne laissaient pas que d'être assez inquiétants.

La congestion pulmonaire avec pleurodynie et dyspnée reparut plusieurs fois ; le bruit de souffle cardiaque persistait toujours, et nous constatâmes également un œdème assez considérable des membres inférieurs. Les diurétiques, la digitale, la belladone, les ventouses sèches, amendèrent peu à peu les symptômes, de sorte que le 5 février la température était normale et la fonction cardio-pulmonaire assez bien rétablie.

De son côté l'état local était excellent. La pince ne causait ni douleurs, ni gêne particulière, car le membre était condamné depuis longtemps à une immobilité absolue. La plaie du coude traitée par les pulvérisations anti-putrides réitérées se détergea promptement, la main et l'avant-bras dégonflèrent et leurs plaies reprirent bon aspect. Le 5, je desserre la pince sans l'enlever.

Le 6, elle se détache d'elle-même ; il ne s'écoule pas une goutte de sang et la température ne subit aucune élévation.

Le 11 et le 12, sans cause connue, le malade est pris de délire et d'agitation nocturne avec mouvement fébrile assez prononcé. Le

chloral dissipe ces troubles qui ne réagissent point sur l'état local.

Le 20 février les plaies anti-brachiales sont closes, celles de la main presque fermées ;

Le 25, le malade demande à rentrer chez lui pour terminer sa convalescence; il a repris de l'appétit, de la gaicté et peut marcher une demi-heure sans fatigue.

La cicatrisation complète s'effectue dans les jours qui suivent. J'ai revu Hirtz plusieurs fois; la guérison ne s'est pas démentie, et sauf une raideur considérable des doigts et du poignet, il ne reste guère de traces de son terrible accident.

L'auscultation nous a bien démontré que outre l'emphysème il existe une lésion manifeste de la valvule mitrale[1].

Appréciation.

Tels sont les documents que nous avons pu rassembler sur la forcipressure substituée volontairement à la ligature.

Trop nombreux et trop différents pour être jugés ensemble, ils doivent être préalablement classés, puis examinés au double point de vue de la clinique et de la médecine opératoire.

Il faut d'abord séparer les cas où l'on a agi sur de grosses artères de ceux dans lesquels on n'a eu affaire qu'à des vaisseaux de petit calibre. Le succès dans le dernier cas n'impliquerait nullement la réussite dans le premier. Mais si l'efficacité de la méthode est démontrée pour la fémorale ou l'humérale, a fortiori le sera-t-elle pour les artérioles innominées blessées dans les opérations usuelles ou dans les plaies ordinaires. Occupons-nous donc de la *forcipressure des gros vaisseaux*.

Sont considérés comme tels tous les vaisseaux compris entre la radiale au bas de l'échelle et le tronc brachio-céphalique au sommet.

Les faits sont au nombre de vingt-sept. Six d'entre eux sont malheureusement rapportés sans détails, et nous n'en connaissons que l'issue et le mode opératoire. Les autres sont plus ou moins complets.

Les vaisseaux intéressés sont ainsi répartis :

Tronc brachio céphalique.	1 cas	Porter[2].
Sous clavière...........	1 cas	Fracchia.

[1] Cette observation renferme quelques détails étrangers au sujet principal que je traite, mais je n'ai pas cru devoir la tronquer, j'aurais pu même la commenter longuement, ne fût-ce que pour discuter la cause de ces hémorrhagies si rebelles.

[2] Je rappelle les noms des chirurgiens pour aider le lecteur à retrouver les observations.

Fémorale...............	17 cas	Desault, Percy, Monteggia, Assalini, Manzella, Gervasoni, Cumano, Brutti, Fracchia, étudiant anonyme, Péan.
Artères de la jambe......	2 cas	Péan, Bourceret.
Humérale..............	2 cas	Péan, Verneuil.
Artères de l'avant-bras...	3 cas	Paolo Cancer, Ancelet, Richardson.
Radiale à la main........	1 cas	Verneuil.

Les faits cliniques de leur côté représentent à peu près toutes les éventualités de la pratique, nous comptons en effet :

Hémorrhagies primaires 9 cas.

Par plaies accidentelles récentes 5 cas.

Monteggia, crurale; Fracchia, sous-clavière et crurale; Paolo Cancer, cubitale; Péan, artère et veine crurales.

Par amputation, 4 cas (Ancelet et Richardson, avant-bras; Péan et Bourceret, jambe).

Hémorrhagies secondaires, 3 cas (Desault, crurale; Verneuil, humérale, radiale). Deux fois la ligature avait été préalablement appliquée.

Trois fois les parois artérielles présentaient des *altérations histologiques* (Percy, fémorale atteinte par le caustique, rupture imminente, forcipressure préventive; étudiant anonyme, fémorale ramollie au fond d'une plaie, rupture soudaine; Péan, artères de la jambe athéromateuses et friables).

Anévrysmes ordinaires, 13 cas, dont un anévrysme diffus très-grave de la crurale (Brutti); l'affection siégeait sur la sous-clavière (Porter); sur l'humérale (Péan); sur la crurale (Monteggia, Cumano, Manzella, Gervasoni, Fracchia, Brutti).

Dans les cas d'anévrysmes, la forcipressure fut *unique* et *indirecte*, en d'autres termes on se borna à étreindre l'artère en un seul point et à une certaine distance du sac comme dans la méthode huntérienne.

Il en fut de même, naturellement, pour les blessures artérielles terminales ou à un seul bout (plaies d'amputation).

Mais nous comptons dans notre relevé dix exemples de lésions des artères dans leur continuité, dans lesquels par conséquent on avait chance de voir le sang s'échapper aussi bien par le bout périphérique que par le bout cardiaque. Or, trois fois seulement, on se conforma à la règle qui commande de fermer simultanément les deux orifices (Percy, Péan, Verneuil).

Sept fois, au contraire, on jugea suffisant de clore l'orifice cardiaque et l'on n'eut point à s'en repentir (Desault, Monteggia, Fracchia (2 cas), P. Cancer, étudiant anonyme, Verneuil).

Notez bien qu'en constatant le succès de cette conduite impru-

dente, je ne veux nullement m'en constituer le défenseur [1].

Les résultats définitifs sont satisfaisants et je doute qu'une autre méthode en ait donné de meilleurs. En effet sur 27 cas, nous comptons 22 succès complets (opératoires et thérapeutiques à la fois);

3 succès opératoires ;

1 insuccès opératoire;

1 insuccès complet [2].

Les *succès complets* ont été obtenus en plusieurs cas fort graves et dans lesquels la ligature aurait vraisemblablement échoué, savoir: pour une blessure de la sous-clavière, fait attribué à Fracchia et sur lequel nous regrettons de n'avoir pas de détails ; pour deux cas d'hémorrhagies secondaires que la ligature ordinaire n'avait pu maîtriser (Desault, Verneuil); pour des artères athéromateuses que le fil coupait trop aisément.

Les accidents qui ont traversé ces cures ont été rares et sans gravité. Monteggia a vu la pince d'Assalini blesser la veine fémorale, mais il ne paraît pas que le danger ait été bien grand. Brutti a vu deux fois des accidents inflammatoires apparaître très-tardivement au point opéré et se terminer par une suppuration de peu de durée.

Je mets à l'actif de la méthode, sous le titre de *succès opératoires* ou *demi-succès*, les cas de M. Péan et de l'étudiant anonyme où l'hémostase provisoire a été obtenue; la mort est survenue quelques jours plus tard à la vérité, mais sans qu'on puisse l'attribuer ni à l'hémorrhagie, ni au moyen hémostatique. Même remarque pour le 2e fait de Manzella. L'anévrysme était guéri lorsque se développa à la jambe un abcès et au pied une plaie gangréneuse; sans doute ces accidents tardifs reconnaissaient pour cause quelque embolie détachée du sac, mais aucune méthode ne met à l'abri de cette complication.

L'*insuccès opératoire* de Manzella est imputable au choix défectueux de la pince en écaille qui n'a pas exercé sur l'artère une compression suffisante, et non à la méthode qui en est irresponsable. L'échec du reste n'a entraîné aucune conséquence fâcheuse et n'a point empêché la réussite ultérieure de la ligature.

[1] Il me paraît indispensable, pour juger un moyen hémostatique quelconque applicable aux gros vaisseaux, d'examiner son action et ses effets dans les trois variétés principales des lésions vasculaires.

A) Plaies réduites au seul orifice cardiaque.

B) — à deux orifices, l'un cardiaque, l'autre périphérique.

C) — à deux orifices, tous les deux cardiaques (larges canaux anastomotiques).

[2] Je classe ces résultats d'après les règles que j'ai établies dans mon mémoire sur les *Réformes à introduire dans la statistique chirurgicale* (*Archives gén. de méd.*, 1873).

L'*insuccès complet* se rapporte au cas de Porter. En effet la forcipressure a été non-seulement impuissante, mais encore funeste, car c'est bien l'instrument qui a sphacélé l'artère, d'où l'hémorrhagie qui au 10e jour a entraîné la mort. En bonne justice cependant il ne faudrait pas ici accuser trop sévèrement la méthode; elle n'a fait ni mieux ni plus mal que la ligature, laquelle jusqu'ici n'est pas parvenue davantage à fermer le tronc brachio-céphalique et n'est pas discréditée pour cela. Nous avons déjà fait remarquer d'ailleurs que la perforation vasculaire était due surtout à la malheureuse position de l'instrument qui n'embrassait pas toute l'artère et dont la pointe était continuellement heurtée par le choc de l'ondée sanguine.

Jetons maintenant un coup d'œil sur l'appareil instrumental. La fécondité des chirurgiens nous a légué un arsenal considérable dont une partie seulement a été utilisée; car je ne sache point qu'on ait jamais appliqué sur l'homme, ni les pinces de Percy, Duret, Lévêque, Ristelhueber et Soléri, ni le presse-artère à mors prismatique d'Assalini, ni la canule forceps de M. Wolfe, ni le forceps artériel de M. Taylor. Les pinces de M. Nunneley n'ont elles-mêmes été placées, je crois, que sur de petits vaisseaux.

Les seules machines expérimentées sur le vivant sont :

Les pincettes de bois de Desault;

La plaque de plomb de Percy;

La première pince d'Assalini ;

Les serres-fines ordinaires (Ancelet);

L'instrument de M. l'Estrange, en forme de brise-pierre;

Celui de M. Richardson, qui rappelle la pince uréthrale à 2 branches ;

La pince à pansement ordinaire dont les anneaux ont été maintenus rapprochés par un lien;

Les pinces à pansement à arrêt et les pinces dites hémostatiques, qui n'en sont qu'un diminutif.

Brutti a jugé bon d'adjoindre à la pince d'Assalini un lacet placé par précaution sous l'artère, modification plus nuisible qu'utile.

A ceux qui seraient effrayés de cette richesse et qui lui opposeraient victorieusement l'extrême simplicité de la ligature, dont tout l'appareil se réduit à un fil, aux instruments usuels de la trousse et à deux ou trois aiguilles spéciales, on peut répondre que la forcipressure n'a réellement pas besoin d'un attirail aussi compliqué et qu'en résumé la pince d'Assalini, la pince à pansement avec arrêt et la pince à artères suffisent amplement à la presque totalité des cas. S'il y a urgence, on trouve dans sa trousse ces deux derniers instruments et l'on peut s'en contenter.

Si je ne mets point de côté la pince d'Assalini, c'est qu'elle agit sur les vaisseaux autrement que la pince de trousse et qu'en réalité ces deux instruments représentent deux procédés tout à fait distincts de la méthode.

Ceci exige quelques éclaircissements : il ne faut pas oublier que l'aplatissement des artères a été d'abord conçu et ensuite modifié par ses premiers inventeurs et partisans pour remplir une série d'indications :

1° Affronter les parois artérielles par de larges surfaces ; 2° ménager la continuité de ces parois ou ne l'interrompre du moins que tardivement : 3° effacer progressivement au besoin la lumière du vaisseau pour ne pas suspendre brusquement le cours du sang ; 4° supprimer à volonté l'action compressive dès que l'oblitération vasculaire est assurée, ou même avant, s'il y a menace de gangrène, afin que la circulation reparaisse au point comprimé.

Si les pincettes de Desault et la plaque de plomb de Percy ne satisfaisaient pas toutes ces exigences, en revanche les pinces d'Assalini et de Duret étaient précisément construites et appliquées de manière à leur obéir.

Les mors larges, plats, lisses à leur face profonde, rapprochés par l'action d'un ressort faible, étaient incapables de briser les tuniques internes et de sphacéler la tunique externe; une vis à action douce augmentait la compression progressivement et sans plus de violence ; à la moindre alerte tout était supprimé, et le vaisseau resté perméable donnait de nouveau et sur-le-champ passage au courant sanguin [1].

Tout autre est l'action de la pince hémostatique. Elle efface d'emblée la lumière du vaisseau et, du coup, interrompt complétetement la circulation ; les aspérités dont est munie la face interne de ses mors rompent, lacèrent, mâchent les tuniques friables et laissent jusque sur la tunique dartoïque des empreintes fort appréciables [2].

Certes cette pince est amovible, mais le vaisseau qui a supporté son action passagère ou durable en conserve toujours des traces ; toujours les tuniques internes sont lésées, d'où la coagulation ultérieure du sang à peu près inévitable à ce niveau en cas de contact passager, d'où la solution de continuité plus ou moins tardive mais certaine, si la compression a duré plusieurs jours.

[1] Les deux faits de Manzella, aussi bien l'insuccès que l'autopsie, confirment cette théorie de l'intégrité de la tunique interne après l'application de la pince d'Assalini.

[2] J'établis ces données sur de nombreuses expériences comparatives faites sur le cadavre avec les deux instruments.

C'est pourquoi je dis que chaque pince répond à un procédé différent et qu'il est nécessaire de distinguer :

1° L'*aplatissement véritable*, moyen de douceur, procédé d'Assalini ;

2° La *rupture large* ou *mâchure*, moyen violent, analogue à la ligature, et n'en différant guère que par l'étendue plus considérable des désordres profonds.

Ce second procédé a plus d'analogie encore avec une méthode expérimentée il y a 50 ans environ et abandonnée sans doute parce qu'on l'employait d'une façon insuffisante : nous voulons parler de la *mâchure ou écrasement*. A ce propos, nous citerons à titre de document historique intéressant un paragraphe écrit par Briot en 1816[1].

« Il reste sans doute bien des choses à vérifier, des expériences à faire, des essais à tenter relativement aux hémorrhagies chez différents individus, dans différents états et sur différents vaisseaux. Il serait utile de savoir si le serrement et le broiement de l'extrémité d'une artère coupée entre les branches d'une pince, en la mettant dans le même état où elle serait à la suite d'une contusion ou d'un déchirement, n'arrêterait pas une hémorrhagie aussi efficacement que la ligature. »

La mâchure est indiquée fort nettement dans ce passage que les auteurs n'ont pas relevé.

Ceci dit, auquel des deux procédés faut-il donner la préférence ?

Malheureusement nous ne trouvons pas dans les faits les éléments d'un jugement définitif.

La pince d'Assalini, à la vérité, compte plus de succès, mais elle a été plus souvent employée ; d'ailleurs, la forcipressure violente a tout aussi bien réussi à Percy, à l'étudiant anonyme, à M. Péan et à nous-même.

Si, à défaut de preuves cliniques, nous nous permettons de raisonner, nous adopterons la pince à pansement parce qu'on la trouve partout, — qu'elle s'applique et s'enlève avec la plus grande facilité, — qu'elle tient très-bien en place d'elle-même et ne se dérange jamais[2]. En revanche, il faut en convenir, elle ne se prête guère à ce rapprochement gradué, à cette occlusion progressive du vais-

[1] Société d'émulation, t. VIII, p. 276.

[2] Il n'en est pas de même, paraît-il, pour la pince à mors lisses d'Assalini et de Duret. C'est sans doute pour obvier à cet inconvénient que l'élève de Monteggia avait trop serré le pansement d'où était résultée la blessure de la veine fémorale. C'est certainement pour empêcher le déplacement que Ristelhueber passait un fil au-dessous de l'artère et qu'Assalini lui-même en faisait autant dans ses expériences sur les animaux, pour corriger les effets de leurs mouvements désordonnés.

seau, à cette compression exploratrice que cherchaient Assalini, Duret, tous ceux enfin qui, redoutant les périls de l'interruption subite de la circulation, veulent ménager toujours l'intégrité des parois vasculaires au point comprimé.

Reste à savoir si ce vice de la pince ordinaire est rédhibitoire et si les qualités de la pince d'Assalini sont bien utiles. Or, nous ne le croyons pas, étant d'avis que si l'oblitération d'une artère est nécessaire, mieux vaut l'obtenir sur-le-champ et le plus rapidement possible. La chose, non douteuse pour les hémorrhagies primitives et secondaires, est discutable seulement pour les cas d'anévrysmes et en particulier pour les anévrysmes des vieillards. Au reste, si l'on tenait absolument à conserver le principe de la compression graduelle, on pourrait employer la pince à pansement tout aussi bien que les presse-artères à mors lisses ; il suffirait de ne point se servir des moyens d'arrêt, et de rapprocher simplement les anneaux au degré voulu avec un lien capable d'être serré, desserré et resserré à volonté.

La question instrumentale étant ainsi simplifiée, nous pouvons aborder le parallèle entre la ligature et la forcipressure.

J'ai déclaré en commençant ce chapitre que je ne voulais ni combattre de parti pris la première, ni vanter quand même la seconde, mais seulement les comparer impartialement. Or, voici à quelles conclusions approximatives je suis arrivé.

A) *Appareil instrumental.* — Egalité des deux méthodes. On se procure aussi aisément les pinces à forcipressure que le fil et les aiguilles spéciales qui servent à le conduire.

B) *Facilité d'exécution.* — Très-aisé à jeter sur le bout cardiaque d'une artère libre à la surface d'une plaie d'amputation, le fil est plus laborieusement conduit autour d'un vaisseau profondément situé, en cas de ligature indirecte ou dans la continuité.

Au contraire, à l'exception de Desault qui ne s'arrête pas à ce détail, tous les auteurs vantent l'application très-aisée des pinces spéciales ou communes. Duret et Assalini insistent beaucoup sur ce point. Le premier fait remarquer avec raison qu'avec la pince on est dispensé du temps assez périlleux qui consiste à isoler la partie profonde de l'artère et à glisser au-dessous d'elle la sonde cannelée ou l'aiguille courbe. Plus d'une fois la veine satellite a été blessée à cette occasion. L'argument est valable, car l'isolement périphérique complet de l'artère est certainement la manœuvre la plus difficile et la plus mal exécutée de la ligature ordinaire. Je déclare pour ma part que les deux fois où j'ai employé la pince dans des plaies enflammées et pour des hémorrhagies consécutives, j'ai

saisi l'artère sans embarras, et qu'il en eût été tout autrement si j'avais dû l'entourer méthodiquement d'un fil.

Je prévois d'autres cas où cette facilité d'exécution rendrait de grands services : pour obturer, par exemple, la vertébrale, la fessière, les iliaques, en un mot les artères profondes qu'on peut assez aisément atteindre et reconnaître avec le doigt grâce à leurs battements, mais autour desquelles il est dangereux et difficile de conduire et de serrer la ligature.

Si l'on adopte les principes de l'amovibilité du moyen hémostatique et de l'obstruction temporaire, tout l'avantage reste à la pince. En effet, la difficulté de couper l'anse du fil, déjà grande dans le procédé de Scarpa (ligature médiate) est bien plus grande encore en cas de ligature immédiate avec un fil fin. L'ablation de la pince est au contraire très-rapide et très-facile. Nous reviendrons dans un instant sur cette amovibilité.

C) *Mode d'action.* — Je m'empresse de reconnaître que la pince saisit d'ordinaire en même temps que l'artère une certaine quantité de parties molles ambiantes : gaîne du vaisseau, veines satellites, filets nerveux, etc., exactement comme dans la ligature médiate. Cette prise en masse n'a guère d'inconvénients que pour les veines et nerfs d'un gros calibre, et alors on peut et on doit l'éviter. Quant à la gaîne, il ne me paraît pas mauvais de la comprendre entre les mors de la pince : car sans empêcher l'action de l'instrument sur les tuniques profondes, elle protége la tunique externe et retarde sa division, que d'ailleurs la forcipressure ne recherche point. Si dans la ligature ordinaire on recommande une dénudation exacte, c'est pour que le fil rompe sûrement les couches friables et ne mette pas trop de temps à couper la dartoïque. Mais l'action puissante de la pince réalise facilement le premier effet, et l'amovibilité qui entre dans le programme de la forcipressure rend inutile l'accomplissement du second.

D) *Efficacité hémostatique.*— Si je ne m'abuse, le second procédé de forcipressure (c'est-à-dire la mâchure large) assure mieux que la ligature linéaire l'occlusion provisoire et définitive du vaisseau. Si la formation d'un caillot long et bien adhérent n'est pas indispensable à la constitution d'une barrière solide, du moins elle constitue un adjuvant bien utile à l'hémostase finale. Or, la conservation de la tunique dartoïque, la rupture étendue et très-irrégulière des tuniques profondes sont de nature à engendrer un caillot très-solide et aussi à le protéger contre le contact délétère des fluides de la plaie. C'est pourquoi l'absence d'hémorrhagies consécutives après la forcipressure ne me surprend pas et me semble conforme à la prévision théorique. Si le fait était confirmé par l'observation ulté-

rieure, on comprend quelle serait son importance dans les cas surtout de ligature dans la continuité. Mais, sur ce point, la réserve est sage, car les faits de forcipressure ne sont pas encore assez nombreux pour nous apprendre si l'immunité contre les hémorrhagies consécutives est la règle ou seulement le résultat d'un hasard heureux.

J'arrive aux gros reproches faits au séjour prolongé des corps étrangers métalliques dans les plaies. Au dire des détracteurs de la forcipressure, les instruments causeraient de vives douleurs, une irritation violente des tissus, et enfin empêcheraient le travail réparateur et plus particulièrement la réunion immédiate.

Si ces griefs étaient démontrés, l'avenir de la méthode serait fort compromis. Heureusement pour elle l'exagération est manifeste; les arguments sont plus spécieux que solides, plutôt théoriques que basés sur l'expérience.

Depuis la réforme apportée aux pansements et la suppression salutaire des bourdonnets, mèches et tampons dont nos ancêtres bourraient les plaies, les corps étrangers de toute nature ont été considérés comme fort nuisibles à la marche naturelle du travail réparateur. Les partisans de la réunion immédiate surtout leur ont fait justement et logiquement la guerre. On ne fit grâce à la ligature qu'en raison de son petit volume, du minimum de douleurs, de gêne, d'irritation locale qu'elle causait, et du peu d'obstacle qu'elle paraissait apporter à la coaptation des parties divisées. C'est précisément au milieu de ce mouvement réformateur qu'apparurent les presse-artères et les serre-nœuds artériels. Le moment, il faut en convenir, était mal choisi. Certes, ils eussent été bien accueillis par les chirurgiens du moyen âge et de la Renaissance, mais ne pouvaient l'être par ceux qui cherchaient toutes sortes d'expédients pour se passer même de la ligature ordinaire.

En vain les inventeurs de ces instruments vantaient leur innocuité, la commodité de leur emploi, la possibilité de les supprimer de bonne heure et à volonté, enfin leur efficacité incontestable dans des cas graves. Les opposants répondaient imperturbablement, quand d'ailleurs ils daignaient répondre, que les engins susdits devaient causer de violentes douleurs, irriter fortement la plaie et amener les plus terribles accidents.

Bérard, en 1838, et Velpeau, en 1839, eurent tort sans contredit d'anathémiser la méthode en question; mais en somme ils ne furent que l'écho fidèle des *conservateurs* de leur époque.

Peu à peu, cependant, une réaction s'est faite dans un sens plus équitable: on s'est aperçu des imperfections de la ligature; on a reconnu la tolérance extrême de nos tissus pour les corps métalliques ; on a renoncé à l'emploi exclusif de la réunion immédiate et

cessé de s'illusionner sur sa valeur pratique, et c'est ainsi que la forcipressure a pu reparaître discrètement sans soulever trop d'opposition.

Aujourd'hui, il est permis d'affirmer que les presse-artères et les pinces hémostatiques n'occasionnent de douleurs ni vives ni durables; que leur poids n'a jamais déchiré les vaisseaux étreints, comme on l'a théoriquement avancé (Adamkiewicz) ; que leur volume n'irrite guère les tissus et n'entrave nullement la formation des bourgeons charnus, c'est-à-dire la cicatrisation secondaire.

La pince pourrait encore être plus bénigne que le fil pour deux autres raisons : d'abord parce que son application n'exige que la découverte des vaisseaux et non leur isolement complet et laborieux; ensuite, parce que le métal même en s'oxydant ne donne naissance à aucun produit chimique délétère, tandis que si l'on en croit Simpson la ligature organique se putréfie et devient capable d'empoisonner la plaie.

La pince, enfin, se prête fort bien à l'application du principe depuis si longtemps poursuivi de l'amovibilité de l'agent hémostatique. Je sais bien que Scarpa dans sa seconde manière supprimait dès le quatrième jour la ligature et le petit cylindre appliqué immédiatement sur l'artère et que d'autres chirurgiens ont recommandé de couper l'anse de fil avec la sonde cannelée et le bistouri. Mais la ligature médiate de Scarpa est abandonnée et il serait aussi imprudent que difficile d'aller, dans la profondeur du sillon où elle est enfouie, chercher et couper une ligature fine. Si donc on tient absolument à débarrasser de bonne heure la plaie de tout corps étranger, nul doute qu'il ne faille préférer le presse-artère. Reste à savoir quelle est l'utilité réelle de cette amovibilité et quels inconvénients entraîne le séjour prolongé de l'instrument compresseur. Les avis sont partagés et les faits parlent aussi bien pour que contre.

Si on se préoccupe de ménager les tuniques vasculaires et surtout de ne point interrompre la couche dartoïque — de faire cesser au plutôt l'irritation attribuée au corps étranger — de contrarier le moins longtemps possible le travail de cicatrisation, il est certain qu'il faut enlever rapidement la pince, à la condition toutefois de ne point compromettre l'hémostase et de ne procéder à cette ablation qu'après un temps déterminé. Tous ceux qui ont fait des expériences sur les ligatures temporaires s'accordent à dire que 24 ou 48 heures d'application du fil (avec rupture des tuniques internes) suffisent à oblitérer définitivement les plus grosses artères. Assalini croit qu'avec sa pince, qui a la prétention de ne rien rompre, 36 heures suffisent amplement. Mais l'échec de Manzella contredit

cette assertion. Nous sommes persuadé qu'avec la pince ordinaire, qui mâche les tuniques, l'hémostase définitive est rapidement assurée. Toujours est-il que de nouvelles expériences seraient utiles pour fixer la durée minimum du séjour de l'instrument. Jusqu'à nouvel ordre il est prudent de laisser celui-ci en place au moins un jour pour les artères de 4e ordre et deux ou trois jours pour les vaisseaux comme la fémorale, la sous-clavière et la carotide.

Peut-être serait-il plus prudent de laisser les pinces en place jusqu'à détachement spontané comme l'ont fait Desault, Percy et nous-même.

Au reste nous donnerons ici à titre de renseignement la durée du séjour de l'instrument dans les cas où ce détail a été noté. Quatre fois on a laissé l'élimination se faire naturellement au 22e jour par la plaque de plomb de Percy, au 15e jour par les planchettes de Desault, au 9e pour les 4 pinces hémostatiques que j'avais appliquées sur l'artère radiale, et au 4e jour pour la pince unique placée sur le bout cardiaque de l'humérale.

Dans les autres cas, l'instrument a été volontairement enlevé : du 5e au 6e jour, pour les 4 pinces placées sur les deux bouts de l'artère et de la veine fémorales (Péan)—le 4e jour (Cumano et Brutti), artère crurale — au bout de 60 heures (1er cas de Monteggia, crurale) — de 48 heures (2e cas de Monteggia, blessure de la crurale; Péan, anévrysme de l'humérale; Péan, amputation de la jambe, artères athéromateuses; Richardson, amputation de l'avant-bras; Bourceret, amputation de la jambe) — de 47 heures (Porter, tronc brachio-céphalique) — de 36 heures (Gervasoni, anévrysme fémoral) — de 30 heures (2e cas de Manzella) — le 2e jour (Paolo Cancer, plaie de la cubitale). M. Ancelet constate au bout de 24 heures que les serres-fines appliquées sur les artères de l'avant-bras ont parfaitement arrêté le sang; il les réapplique néanmoins, mais comme agent de réunion de la plaie.

Le fait de Porter mis à part, on voit qu'au point de vue de l'hémostase définitive il est à peu près indifférent de laisser en place ou d'enlever l'instrument compresseur, mais que, au cas où l'on croirait son ablation utile, on pourrait y procéder après une moyenne de 48 heures. Cette donnée nous permettra d'examiner la dernière objection faite à la forcipressure, c'est-à-dire le reproche de nuire à l'emploi de tel ou tel pansement.

Il est d'abord de toute évidence que la pince à demeure empêche la réunion immédiate *complète*.

Je souligne ce mot à dessein, comprenant mal comment on continue à regarder comme traitée par la réunion primitive une plaie qui n'est pas *absolument fermée* et qui communique encore avec

l'extérieur par un trajet si étroit qu'il puisse être. Or, cette condition établie, je ne trouve pas que la ligature ordinaire permette plus que la forcipressure la fermeture complète en question. Celle-ci n'est réalisable qu'avec la torsion ou les ligatures perdues; mais elle est empêchée, au sens littéral du mot, tout aussi bien par un fil de 1/2 millimètre que par les branches d'une pince épaisse de 7 à 8 millimètres.

Avec cette dimension, d'ailleurs, il est permis de diminuer la surface exposée presque autant qu'avec la ligature. C'est ainsi que Monteggia, Assalini, Brutti, conseillent de réunir la plaie autour de l'instrument, de façon à ce que celui-ci étant enlevé, la fermeture définitive puisse se faire très-rapidement.

Au reste, sur ce point, la comparaison entre la ligature et la forcipressure me paraît d'un intérêt médiocre, par la raison qu'à mon sens la réunion immédiate complète ou incomplète doit être *absolument proscrite* à la suite des opérations d'occlusion artérielle dans la continuité. Je n'hésite pas à lui attribuer une large part dans les accidents consécutifs à ces opérations, et à l'accuser en particulier de provoquer l'inflammation phlegmoneuse de la gaîne, et comme conséquence la chute prématurée des fils, le ramollissement des caillots et les hémorrhagies consécutives. Je suis prêt, si la discussion s'engage sur ce point, à produire les preuves à l'appui de mon opinion, et à démontrer qu'il y a avantage à tenir béantes les plaies en question. S'il en est ainsi, la pince métallique, parcourant en ligne droite cette plaie, sert de conducteur à la suppuration profonde beaucoup mieux que le fil.

Reste donc à examiner les autres modes de pansement. Deux d'entre eux luttent actuellement pour la prééminence, à savoir: le pansement antiseptique à ciel ouvert et l'occlusion avec l'ouate. Les pinces ne gênent nullement le premier; elles sont seulement fort altérées par les agents chimiques mis en usage, mais l'inconvénient est de médiocre importance.

Il en est autrement du second. On sait que les conditions fondamentales de la réussite résident dans son application immédiate, c'est-à-dire aussi près que possible de la production de la plaie, et dans la levée aussi retardée que possible du premier appareil. Or, si on emploie la forcipressure, dans les amputations par exemple, il faut se résoudre ou à enfermer les pinces dans le pansement ouaté et cela prend huit ou dix jours au minimum, ou à différer l'application du bandage pendant 24 ou 48 heures au moins, jusqu'à ce que l'occlusion définitive probable des vaisseaux permette la suppression de l'agent hémostatique. Ces deux alternatives me paraissent aussi défavorables l'une que l'autre; c'est pourquoi je n'hésite pas à proscrire la forcipressure quand il y a

avantage à employer le pansement ouaté d'Alphonse Guérin. Je fais allusion en particulier aux amputations, pour lesquelles je continuerai jusqu'à nouvel ordre à me servir de la ligature ordinaire, sauf peut-être dans le cas où je rencontrerais des artères athéromateuses.

Après avoir ainsi mis en présence la forcipressure avec la ligature ordinaire, je devrais sans doute la comparer aussi avec les procédés de ligature graduelle exécutés avec les serre-nœuds vasculaires, qui depuis Deschamps jusqu'à nos jours se reproduisent sans cesse à certains intervalles. Mais outre que ce parallèle nouveau m'entraînerait trop loin, je crois pouvoir affirmer que, malgré quelques succès dûment enregistrés, la ligature graduelle a fait son temps et que si elle a sur la méthode mère quelques avantages, ceux-ci seront également réalisés et à moins de frais par la forcipressure, qui, d'ailleurs, est encore susceptible de perfectionnement.

Conclusions.

1. La forcipressure appliquée sur de gros vaisseaux au lieu et place de la ligature a été introduite dans la pratique en 1790, par Desault. Elle est donc d'origine essentiellement française.

2. Depuis elle a été étudiée surtout théoriquement en France, par Percy, Duret, Ristelhueber, etc. et pratiquée souvent en Italie par Assalini et ses contemporains. Condamnée injustement et sans motifs sérieux, elle a disparu longtemps pour renaître dans ces dix dernières années, en Angleterre d'abord, puis en France, où elle sera sans doute plus équitablement jugée.

3. Elle constitue l'un des deux modes, et à notre avis le meilleur, de la méthode désignée sous le nom d'*aplatissement des artères*.

4. Pratiquée sur les plus gros vaisseaux et dans les cas cliniques les plus variés et les plus graves, elle a donné d'assez brillants résultats pour être placée parmi les meilleurs moyens d'hémostase définitive. Sur 27 cas, en effet, on relève trois accidents légers et un seul accident ayant causé la mort. Dans ce dernier seulement il y a eu hémorrhagie secondaire.

5. Elle paraît convenir surtout aux cas d'anévrysmes et d'hémorrhagies consécutives.

6. Comme innocuité et efficacité, elle vaut certainement la ligature, si elle ne lui est pas supérieure ; son application est fort aisée, sa suppression surtout très-facile. A ce dernier point de vue elle remplace avec avantage tous les essais de ligature temporaire et amovible.

7. On a beaucoup exagéré la gêne qu'elle cause au patient et les

obstacles qu'elle apporte à la cicatrisation. Ces inconvénients d'ailleurs peuvent être passagers, car au bout de 24 ou de 48 heures en moyenne l'oblitération vasculaire paraît assurée. Plus d'une fois du reste les pinces ont été laissées en place jusqu'à chute spontanée sans déterminer d'accidents notables.

8. Les très-nombreux instruments proposés ou employés peuvent se réduire à deux : la pince à mors lisses, à action graduelle, pour l'aplatissement vrai et simple des artères, et la pince à anneaux, à mors dentés, qui aplatit brusquement le vaisseau, l'oblitère du premier coup et lèse plus ou moins les tuniques. Ces deux instruments produisent des effets notoirement différents ; par conséquent, chacun d'eux est capable de remplir des indications spéciales ; sauf exception, le second sera préféré parce qu'il se trouve partout et s'applique plus aisément que le premier.

9. Je reste convaincu que la forcipressure ne disparaîtra plus de la pratique chirurgicale.

Séance du 30 juin 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La *correspondance* comprend les journaux de la semaine, pour la France et l'étranger.

M. Larrey présente, au nom de M. Bérenger Féraud, membre correspondant, le premier fascicule de son *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal.*

Obsèques de M. Demarquay.

M. Boinet donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé, *au nom de la Société de chirurgie*, sur la tombe de Demarquay.

Je ne m'attendais pas à prendre la parole, au nom de la Société de chirurgie, pour exprimer sur cette tombe tous les regrets que la mort de Demarquay fait éprouver à ses collègues. Un autre,

plus autorisé que moi, était chargé de cette triste mais honorable mission, qu'il aurait mieux remplie; son absence me laisse le soin de vous dire tout ce qu'il aurait dit mieux que moi. Après ce que vient de dire notre cher et savant maître, M. Ricord, je n'aurai que peu à ajouter. Collègue et ami de Demarquay, je rappellerai qu'il était, à la Société de chirurgie, un des membres les plus zélés et les plus assidus, qu'il apportait souvent des faits intéressants dans le but ou de reculer les bornes de la science, ou de confirmer ce qui déjà avait été indiqué ou exposé par d'autres. C'était un grand travailleur, un observateur sagace, qu'on écoutait avec plaisir, et qui s'empressait toujours de faire profiter les autres des observations et des recherches qu'il faisait. Le chirurgien si savant et si habile que nous pleurons en ce jour était parvenu par son travail, son mérite et l'aménité de son caractère à l'une des plus belles positions chirurgicales de Paris. Parti de rien, il est arrivé à tout; lorsqu'il quitta son village, où il a voulu revenir mourir, il ne possédait pas un sou, il emportait pour tout bagage scientifique ce que le maître d'école de l'endroit lui avait appris : il savait lire et écrire; et, après cela, on se demande comment il a pu arriver à une position aussi honorable et aussi supérieure. Nous tous de la Société de chirurgie, ses compagnons d'étude, nous savons toutes les difficultés qu'il eut à vaincre à ses débuts dans la carrière chirurgicale; nous savons que le nécessaire lui manquait, et que, pour vivre à Paris, il a été forcé de se livrer à des travaux qui étaient tout à fait en dehors de ses études médicales. Mais il avait en lui cette ardeur qui pousse au travail et cette volonté ferme qui fait les hommes supérieurs. Il connaissait les exemples de plusieurs de nos grands maîtres qui, eux aussi, ont commencé dans la misère et fini dans l'opulence. Demarquay était donc arrivé à la fortune, aux honneurs; pour couronner une vie aussi laborieuse, il ne lui manquait qu'une palme, cette palme il l'aurait infailliblement obtenue : car chercheur infatigable, travailleur ardent, il préparait depuis longtemps des travaux qui lui auraient ouvert les portes de l'Institut.

Non-seulement Demarquay était un chirurgien savant, un observateur habile, il était de plus un cœur excellent; tous ceux qui l'ont connu dans l'intimité, l'ont aimé. Si parfois ses élèves trouvaient une certaine brusquerie dans ses manières et ses paroles, tous vous diront qu'il fut bon, grand et généreux, tous vous diront avec quel intérêt il les instruisait, les encourageait, les soutenait dans la carrière difficile de la médecine. D'autres vous diront les nombreux actes de bonté et de générosité qu'il a accomplis en secret; je me contenterai de vous rappeler sur cette tombe que tous ceux qui l'ont approché n'ont eu qu'à se

louer de ses bontés. Ce n'est pas dans ce village, témoin de toutes ses générosités, qu'on pourrait mc contredire. Devenu riche, Demarquay a voulu que tous ceux qui l'avaient connu pauvre participassent à sa prospérité, il est revenu au milieu d'eux pour les combler de ses dons; il avait l'orgueil de son village et il voulait y devenir le premier, après en avoir été le dernier; et après avoir illustré et enrichi la science par ses nombreux travaux, il a voulu encore illustrer le lieu de sa naissance, en confiant à tous ces bons villageois, qui l'ont tant aimé, le dépôt de sa dépouille mortelle.

Au nom de la Société de chirurgie, adieu Demarquay, adieu.

A l'occasion du procès-verbal

M. Marjolin lit la note suivante :

Dans ses paroles prononcées à la séance du 16 juin, M. Desprès a tellement exagéré lcs avantages du traitement à domicile pour les enfants et les dangers de leur séjour à l'hôpital, que je crois devoir réfuter quelques-unes de ses assertions. A entendre notre honorable collègue, non-seulement il serait inutile d'accroître le nombre des lits, mais il faudrait au contraire le restreindre et augmenter les secours à domicile de manière à permettre aux familles indigentes de conserver leurs enfants, au lieu de les conduire à l'hôpital. Je ne sais sur quelles données M. Desprès se fonde pour émettre une semblable proposition, mais, d'après ce que j'ai observé, je n'hésite pas à dire que son système est inadmissible, parce qu'il pèche par le point le plus essentiel, celui de la pratique.

Si M. Desprès a découvert le moyen de faire disparaître aujourd'hui la misère, de transformer les logements insalubres en logements habitables, de donner un lit, du linge et de la nourriture à ceux qui en manquent, s'il se charge de payer les loyers arriérés et de remplacer par un secours suffisant ce que gagnaient le père et la mère, lorsqu'ils pouvaient s'absenter et travailler dehors, en un mot s'il a trouvé le merveilleux secret de détruire, avec la pauvreté, toutes ces causes qui ont altéré la santé des enfants, qu'il veuille bien nous le communiquer et nous soutiendrons très-volontiers avec lui la supériorité du traitement à domicile; mais, tant que la société restera ce qu'elle est, nous maintiendrons que, malgré ses imperfections, l'hôpital offre encore plus d'avantages au pauvre que l'assistance à domicile et que la première indication à remplir pour arrêter les progrès du mal et obtenir de bons résultats est de soustraire l'enfant aux causes qui ont déterminé sa maladie. Bien

certainement, si notre collègue avait été à même de connaître tous les tristes détails consignés dans les certificats des médecins des bureaux de charité et les feuilles des visiteurs des hôpitaux, ses idées sur la possibilité du traitement à domicile auraient été complétement modifiées et il conviendrait aujourd'hui avec nous que, dans la plupart des cas, il faut y renoncer ; et pour qu'il n'en doute pas, qu'il me permette de lui citer quelques exemples pris au hasard dans mes notes :

Le 12 février 1868, une malade dont l'enfant était déjà inscrit me présentait le certificat suivant du Dr Ameuille : « Je suis allé hier soir voir l'enfant Casemajor, j'ai trouvé la mère et ses deux enfants couchés sur un grabat sans draps, sans air et sans espace. C'est un affreux taudis inhabitable et qui a été *prêté* jusqu'au terme d'avril. Le plus jeune fils (4 ans) est rachitique et dévié de la colonne vertébrale ; on le refuse à l'hôpital, à moins qu'il ne soit constaté par la mairie que l'habitation est impossible pour l'y faire soigner. Il y a d'autant plus urgence à l'envoyer à l'hôpital que l'aîné est atteint d'une fièvre éruptive. »

Voici maintenant deux autres notes, relevées par les visiteurs de l'assistance publique :

Ribault (Virginie), 13 ans, malade depuis l'âge de 7 ans, d'une adénite suppurée du cou; le père, veuf, 45 ans, infirme, marchant avec des béquilles, est inscrit aux indigents ; le logement consiste en un seul cabinet ; le mobilier est nul. Le père couche sur son établi, la fille dessous. La malade, inscrite le 12 mai 1865, est appelée le 12 août de la même année et ne répond pas.

X..., homme de peine, veuf, inscrit aux indigents, travaillant dehors, gagne 3 fr. 50 par jour; il a chez lui une fille de 16 ans, couturière, gagnant 1 fr. 25, et une autre fille, de 7 ans, scrofuleuse, qui ne va pas à l'école. Sur le loyer, qui est de 135 francs, il y a un terme dû ; le logement, qui est au rez-de-chaussée, se compose *d'une seule pièce*, il est insalubre. Pour mobilier, le nécessaire ; en linge presque rien ; genre de vie, débauche ; nourriture mauvaise, degré de propreté dégoûtant.

On m'objectera peut-être que j'ai choisi des faits exceptionnels. Non messieurs, malheureusement ces conditions déplorables ne sont pas rares, et si vous voulez parcourir les pancartes des visiteurs, vous trouverez souvent les remarques suivantes : logement humide, manquant d'air, de lumière ; dans quelques-uns le soleil ne pénètre pas et il est impossible de faire du feu. A toutes ces causes d'insalubrité, si vous ajoutez la mauvaise nourriture, le défaut de propreté et l'encombrement, croyez-vous que l'assistance à domicile soit réellement possible et que les soins les plus assidus du médecin pourront apporter quelque soulagement, quelque

amélioration ? Mais c'est matériellement impossible, aussi est-il le premier à réclamer avec instance l'admission d'urgence dans ces hôpitaux que M. Desprès nous représente comme le réceptacle de tous les enfants abandonnés par leurs parents. Messieurs, cette fois encore, je ne puis laisser passer sans réplique ces paroles de notre honorable collègue et ce blâme immérité adressé à tant de familles malheureuses, car de pareils faits sont exceptionnels, et lorsqu'ils se produisent, c'est au chef de service à signer la sortie de l'enfant et à veiller à ce qu'il soit immédiatement donné suite à sa demande. Par contre, à côté de ces parents dénaturés, il s'en trouve d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui, aveuglés par leur tendresse et leur ignorance, préfèrent, au grand détriment de la santé de leurs enfants, les conserver et les soigner chez eux ; heureux quand ils ne sont pas exploités par des charlatans qui épuiseront jusqu'à leur dernière ressource et quand ils écoutent les conseils d'un médecin instruit. Cependant il arrive un moment où, réduits au dénûment le plus complet, ils sont contraints de conduire le petit malade à l'hôpital. Mais alors dans quel état ? c'est lorsque l'affection est arrivée à une période tellement avancée que souvent sa vie est en danger. Voilà malheureusement, et je ne crains pas de l'affirmer, dans beaucoup de cas, même avec des parents soigneux, intelligents, le résultat déplorable du traitement à domicile, et il ne peut en être autrement, l'enfant continuant à rester exposé aux influences fâcheuses qui ont amené sa maladie.

Que chacun de nous veuille bien faire appel à ses souvenirs et il conviendra que je suis dans le vrai en disant que, la plupart du temps, les enfants atteints de gibbosités, d'abcès par congestion, d'arthrites, de coxalgies et d'ostéo-périostites nous sont amenés dans un état presque désespéré ; or, bien certainement, ces affections n'auraient pas fait d'aussi rapides progrès et leur terminaison eût été moins triste, si, dès leur début, elles avaient pu être convenablement soignées, comme on le fait dans le monde. Comparons, en effet, ce qui se passe dans la pratique civile et dans les hôpitaux, et alors nous n'aurons plus lieu de nous étonner de la différence des résultats. En ville, l'enfant a-t-il le moindre malaise, le voit-on un peu gêné dans sa démarche, etc., de suite le médecin est appelé, il indique à la famille les précautions à prendre, le traitement à suivre, et, de cette manière, habituellement il arrête la maladie et prévient les accidents consécutifs.

A l'hôpital, au contraire, lorsque nous voyons l'enfant pour la première fois, l'affection, qui remonte à des mois, des années, est arrivée à un tel état de gravité, que tout espoir d'une guérison sans infirmité nous est enlevé et que nous n'avons plus qu'une pensée, celle de conserver la vie, en modifiant la constitution pro-

fondément altérée. Pour arriver à ce résultat, le seul moyen rationnel serait de pouvoir entourer le malade des plus grands soins et le sortir du triste milieu où il languit, en l'admettant de suite à l'hôpital; malheureusement, trop souvent cette dernière ressource nous fait défaut, soit parce que, l'enfant n'ayant pas l'âge réglementaire (2 ans révolus), il nous est interdit de le recevoir, soit parce que nous manquons de lits. Forcés alors d'ajourner son admission, nous voyons, malgré les soins et les médicaments donnés au traitement externe, l'affection s'aggraver et finir par devenir incurable. Aux demandes, aux supplications incessantes des parents, nous n'avons, pendant des mois, que cette triste et invariable réponse à faire : pas de place ; et c'est en présence de faits semblables que nul ne peut contester, que M. Desprès recommande comme une mesure sage la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux d'enfants et le développement du système de l'assistance à domicile ! En vérité, messieurs, nous ne pouvons admettre sa proposition et malgré les imperfections de nos hôpitaux, imperfections qu'il serait facile de faire disparaître, nous n'hésitons pas à affirmer de nouveau qu'en pareille circonstance ils présentent bien plus de ressources et d'avantages que le traitement à domicile, tel qu'il est actuellement et tel qu'il restera toujours, tant que les causes qui le rendent impraticable persisteront.

Messieurs, dès l'instant qu'il est démontré par l'expérience qu'au delà d'une certaine limite, l'assistance à domicile est, malgré tous nos désirs, réellement impossible, il nous reste à signaler les améliorations à introduire dans nos hôpitaux. L'observation pouvant seule nous éclairer, c'est à elle que j'aurai recours, non pas en invoquant des souvenirs, mais des faits consignés jour par jour, pendant que j'ai été chargé du service et de la consultation de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie.

La première de toutes les indications pour arrêter les progrès d'un mal étant de soustraire le malade à la cause déterminante de son affection et d'instituer le traitement dès le début, il serait à souhaiter qu'il nous fût possible de mettre constamment en pratique ce sage précepte, surtout chez les enfants ; malheureusement nous nous trouvons empêchés, non-seulement par l'insuffisance du nombre de lits, mais par le règlement, qui n'autorise l'admission des enfants qu'après leur deuxième année révolue, alors même qu'ils sont complétement sevrés depuis 8 ou 9 mois.

Messieurs, il est réellement bien fâcheux que l'administration de l'assistance publique, avant de prendre certaines déterminations, ne consulte pas plus souvent le corps médical pour s'éclairer de ses lumières et de son expérience dans toutes les questions relatives à l'hygiène et à l'amélioration des hôpitaux. Que de fautes

irréparables et de dépenses inutiles elle s'épargnerait, si elle voulait au moins tenir compte des observations qui lui sont faites ! Ainsi, dans le cas actuel, quelques mois d'une observation attentive auraient suffi pour démontrer que les affections chirurgicales de toute nature sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement chez les enfants sevrés de 15 à 24 mois, surtout dans la classe ouvrière, et qu'il ne fallait pas songer à les admettre dans les services de nourrices consacrés à des affections médicales[1]. Ne pouvant être nulle part, que deviennent alors, pendant 7 ou 8 mois, ces enfants atteints d'arthrite cervicale, de mal de Pott, de coxalgie, d'ostéo-périostite ? Ce ne sont pas les secours insuffisants du bureau de charité ou du traitement externe qui pourront arrêter la maladie et conjurer le danger ; non, des affections de cette nature, en quelque sorte abandonnées à elles-mêmes, ne peuvent que s'aggraver et tendre vers une terminaison fatale. Tel sera dans ces cas, au point de vue clinique, le résultat de l'assistance à domicile. Au point de vue moral, il sera déplorable, et vous allez en juger par ces deux faits. Un garçon de 22 ou 23 mois venant d'avoir la cuisse cassée, sa mère le porta de suite à Sainte-Eugénie, demandant son admission; l'interne de garde la signa, mais le bureau l'ayant refusée, elle fut obligée, l'appareil posé, de remporter son enfant. Vous dire si elle fut satisfaite et si l'impression produite sur les ouvriers du quartier fut bonne, j'en doute ; mais il n'y avait rien à dire : le règlement avait été observé. Le lendemain, informé de ce qui s'était passé, je signai à mon tour le billet d'admission pour le petit blessé, et cette fois il fut reçu ; mais il n'en est pas toujours ainsi : car quelque temps auparavant, ayant signé à la consultation l'admission d'urgence d'un enfant du même âge, atteint d'un vaste phlegmon, sur le refus du bureau, la mère le remporta, et quelques instants après l'enfant fut pris dans la rue de convulsions.

Messieurs, une disposition réglementaire dont les conséquences sont, sous tous les rapports, des plus fâcheuses doit nécessairement être modifiée, et l'expérience m'en a tellement démontré la nécessité, que non-seulement je n'ai cessé de la réclamer auprès de l'administration, mais que j'en ai fait l'objet d'une communication à la Société de protection de l'enfance de Paris et au congrès où se trouvaient réunis les délégués de ces diverses sociétés. Un pareil changement amènera, à la vérité, un surcroît de dépenses, par suite

[1] D'après le document officiel ci-joint, le service des mères nourrices dans les hôpitaux au 25 mars 1872 comprenait seulement 84 lits, répartis ainsi qu'il suit : Hôtel-Dieu, 28; M. Richet en réclame 4 de plus. Charité, 14. Saint-Antoine, 16. Necker, 10. En moyenne quelques lits d'accouchement sont pris par les mères nourrices. Beaujon, 3. Lourcine, 3. La clinique d'accouchement, 10.

de l'obligation d'augmenter le personnel dans les salles ; mais en présence du bien qui doit en résulter, nous ne devons pas hésiter à proposer cette amélioration comme une des plus urgentes ; la raison, l'humanité la réclament, et j'ajouterai qu'au point de vue économique, l'administration, dans la suite, y trouvera de véritables avantages, en ce sens que le séjour des malades dans ces hôpitaux se prolonge d'autant plus que la maladie est plus ancienne.

Plusieurs fois, lorsque l'entrée à l'hôpital me semblait indispensable, au lieu de renvoyer ces petits malades et d'ôter tout espoir aux parents, j'ai cru qu'il était de mon devoir de m'adresser directement au directeur de l'assistance publique, en le prévenant des dangers qui pouvaient résulter du moindre retard dans l'admission et je dois dire que, dans toutes ces circonstances, j'ai constamment trouvé de la part de M. Blondel la plus grande bienveillance pour accueillir favorablement mes demandes. Mais comme on ne peut continuellement réclamer des mesures exceptionnelles, alors surtout que les services de nos hôpitaux ne sont pas organisés dans ces prévisions, il y a lieu, dans l'intérêt des malades et de l'administration, d'augmenter le nombre des lits pour les enfants malades n'ayant pas encore atteint leur deuxième année.

Les soins et les secours de toute sorte prodigués à l'hôpital ne pouvant malheureusement être donnés en ville, il me reste à voir si le nombre de lits d'enfants dont l'assistance publique dispose, à Paris, à Berck, à Forges, à Laroche-Guyon et dans les maisons de convalescence, suffit pour satisfaire à toutes les demandes d'admission véritablement motivées. Cet examen est d'autant plus nécessaire qu'il y a sur ce point deux opinions opposées, s'appuyant toutes deux sur les relevés officiels ; de quel côté est l'erreur, de quel côté est la vérité ? c'est ce qu'il faut chercher à éclaircir.

Pour ma part, je n'hésite pas à dire, et je suis prêt à le prouver, que malgré les 12 ou 1,400 lits d'enfants répartis dans les divers établissements, il y a surtout en chirurgie une insuffisance de lits incontestable, et cette insuffisance serait bien autrement sensible si en dehors de ces enfants de 15 à 24 mois dont nous parlions tout à l'heure, tous les malades inscrits pour l'admission répondaient à l'appel lorsque leur tour est arrivé, et si l'on admettait régulièrement au traitement interne les teigneux et les épileptiques, qui, bannis des écoles et des ateliers, courent grand risque de devenir des vagabonds. Au premier abord, vous pouvez vous étonner de m'entendre réclamer l'admission des épileptiques et des teigneux, et cependant je ne puis m'en dispenser, attendu que plus d'une fois j'ai eu à soigner quelques-uns de ces enfants blessés sur la voie publique, lorsqu'ils échappaient à la surveillance de leurs parents. Et puisque j'ai parlé des épileptiques, je demande, comme une des

plus grandes améliorations à introduire dans nos hôpitaux, que désormais ils puissent être traités dès le début, et que l'on n'attende pas qu'ils soient devenus incurables pour s'en occuper en les plaçant soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière.

On comprend très-bien que l'on ne puisse pas confondre avec d'autres malades, surtout des enfants, des individus épileptiques ; mais si la prudence nous en fait une règle, tout nous fait un devoir de demander que les malheureux atteints de cette affreuse maladie puissent, à l'avenir, être soignés en temps opportun, et qu'ils ne soient pas bannis de tous les services et réduits seulement à ne recevoir que des secours temporaires, comme l'indique la décision du conseil général des hôpitaux en date du 13 septembre 1847:

« Lorsqu'un épileptique sera surpris sur la voie publique par un accès qui l'exposerait à des dangers, M. le préfet de police sera prié de l'envoyer à l'hôpital le plus voisin, pour qu'il y reçoive les soins temporaires et immédiats que son état pourrait rendre nécessaires. »

Messieurs, on admet sans peine l'existence de deux opinions opposées sur la valeur du traitement à domicile ou dans les hôpitaux; cela se conçoit parfaitement et les deux thèses contraires peuvent très-bien être soutenues. Mais comment expliquer cette divergence d'opinion sur la suffisance ou l'insuffisance des lits en chirurgie, divergence fondée sur des chiffres irrécusables? Rien n'est plus facile : je ne parlerai pas de ce qui a lieu dans les services de médecine, attendu que, le nombre des malades variant avec les saisons et les épidémies, tantôt il y a un véritable encombrement, tantôt, au contraire, le nombre des lits vacants est considérable.

En chirurgie, il ne peut pas en être de même, car il y a, surtout chez les apprentis et les enfants peu surveillés de la classe ouvrière, une moyenne habituelle et peu variable d'accidents, de fractures, de plaies, de brûlures, et de plus des ophthalmies, des phlegmons, des ostéo-périostites et enfin toutes ces affections scrofuleuses du système osseux constituant ce groupe si considérable de maladies chirurgicales désignées si malencontreusement sous le nom d'affections chroniques et formant, dans les hôpitaux d'enfants, une division séparée et des services spéciaux confiés à des médecins.

Du moment qu'il est démontré par les relevés de plusieurs années que la moyenne des affections chirurgicales varie très-peu, comment peut-on invoquer des chiffres pour soutenir des opinions aussi contraires? C'est que chacun de nous pouvant avoir, sur les avantages ou les inconvénients du traitement interne, des idées entièrement opposées, il arrivera que le même cas qui sera considéré par l'un comme pouvant être traité dehors, dans la famille, sera considéré par l'autre comme réclamant l'entrée à l'hôpital. De la

sorte, on arrive à cette conclusion que le chiffre des admissions varie autant que les appréciations personnelles, qu'il faut respecter et laisser entièrement libres. Pour peu maintenant que l'on écoute les parents, qui refusentsi souvent de laisser leurs enfants, ou que l'on se lasse d'inscrire ceux dont la demande est ancienne, parce que l'on ne prévoit pas la possibilité de les admettre avant quatre ou cinq mois, il est alors très-facile de faire tellement baisser le chiffre des expectants, qu'il arrivera un moment où l'on pourra dire, sans crainte d'être démenti, que non-seulement il n'y a pas pénurie de lits, mais qu'il y a même des lits vacants. Les apparences, en pareil cas, pourront justifier cette croyance, mais ce sera en réalité une erreur manifeste, comme je vais chercher à le démontrer.

Les faits bien observés ayant toujours leur valeur, je dirai d'abord que pendant les dix-huit années que j'ai eu sous ma direction le service de chirurgie et la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, presque toujours, et à mon corps défendant, j'ai été forcé d'avoir des lits de supplément dans mes salles de garçons, et ceux de nos collègues qui m'ont remplacé de temps à autre ont été, comme moi, dans l'obligation de subir la fâcheuse influence de l'encombrement. Étions-nous trop faciles dans nos admissions, trop sensibles aux lettres de recommandation? Assurément non; mais chacun de nous, en obéissant à ses convictions, a d'autant mieux agi qu'il n'a suivi aucun système absolu dans ses refus ou ses admissions, et qu'il a seulement tenu compte de la gravité du mal et de la situation de la famille. Ainsi, dans un cas de fracture de l'avant-bras ou du bras, tantôt on aura pu avoir assez de confiance dans les parents pour leur laisser le blessé, et dans un autre cas, exactement semblable, l'entrée à l'hôpital aura été jugée indispensable par suite de l'incurie ou de la misère de la famille.

Dans un service d'enfants, le chirurgien qui se ferait une règle de ne jamais recevoir certains blessés, comme ceux qui ont des fractures de la clavicule ou des membres supérieurs, s'exposerait souvent à de cruels mécomptes. Que de fois ai-je vu des enfants pansés en ville ou sortis malgré moi de l'hôpital venir à la consultation avec des sphacèles ou des cals vicieux résultant du défaut de surveillance! Dans un autre genre d'affections, combien de fois ai-je constaté les plus déplorables résultats du séjour dans leur famille d'enfants que j'aurais voulu conserver dans mon service! Quelle autre conclusion tirer de ces faits, si ce n'est que l'on ne peut à l'avance déterminer par une règle les affections qui doivent être traitées en ville ou à l'hôpital, et qu'il faut avant tout se rendre compte des conditions physiques et morales dans lesquelles se trouvent les malades ?

J'ajouterai que ce n'est qu'après de nombreux essais, continués

avec persévérance pendant plusieurs années, que j'ai enfin reconnu que le seul moyen d'être véritablement utile aux enfants était tout simplement de donner, comme l'indique la fiche de consultation, mon avis motivé sur le mode de traitement à suivre, quelles que fussent sur ce point les intentions des parents. De cette manière, non-seulement j'ai sauvegardé les intérêts des malades, mais il m'a été facile, lorsque des réclamations tardives m'étaient adressées par les parents, de leur prouver, pièces en main, que ce n'était pas à moi qu'ils devaient s'en prendre du triste état dans lequel se trouvaient leurs enfants, mais à eux seuls, qui avaient refusé de m'écouter lorsque je leur avais proposé l'admission à l'hôpital. C'est en suivant constamment cette marche pendant des années, sans m'inquiéter de ce que l'on me disait, que je suis arrivé à démontrer d'une manière précise et irrécusable l'insuffisance du nombre de lits et les conséquences fâcheuses résultant des admissions tardives à l'hôpital.

Pour avoir une idée exacte du nombre d'expectants et de la durée de leur attente, il vous faudrait consulter les registres d'inscription. Afin de vous éviter cette peine, je vais vous communiquer deux de ces relevés.

Le 4 décembre 1865, il y avait inscrits, pour être admis à l'hôpital comme chroniques, 884 enfants, et on appelait alors ceux dont l'inscription remontait au mois de juin de la même année; de plus, 492 étaient inscrits au traitement externe. Le 30 novembre 1865, sur ces 884, vingt-deux furent invités à se rendre à l'hôpital et trois seulement répondirent.

Le 17 février 1869, il y avait 353 enfants inscrits pour le traitement interne, et le 18 décembre de cette même année, les garçons entrants étaient inscrits depuis le mois de juillet 1868, et les filles depuis février 1869.

Ces citations que je pourrrais multiplier vous prouvent avec quelle lenteur s'opère, pour beaucoup d'enfants, l'admission à l'hôpital et vous font pressentir quelles peuvent être les conséquences de semblables retards lorsque la maladie est grave et que ses débuts remontent à des mois et souvent des années.

On me dira : Mais ces enfants pour lesquels vous réclamez n'ayant que des affections chroniques, est-il donc si nécessaire de presser autant leur admission? puisqu'ils ont attendu jusqu'à ce jour, ne peuvent-ils pas attendre encore quelque temps? Messieurs, si je n'avais pas été aussi souvent témoin des tristes conséquences de tous ces retards, je ne demanderais pas aujourd'hui de la manière la plus formelle la suppression d'une classification nécessaire dans l'enseignement, déplorable dans le cas actuel. Ah! me dites-vous, cet enfant a une affection scrofuleuse chronique, il a bien attendu,

il pourra bien attendre encore. Écoutez alors ma réponse et voyez si je n'ai pas raison de demander la réforme d'un pareil état de choses.

Le 17 décembre 1870, je recevais d'urgence dans mon service la nommée Courtois (Rose), âgée de 7 ans; elle avait une tumeur blanche du genou datant de deux ans; l'affection était arrivée à une telle période de gravité que le 22 décembre je prévins les parents que je serais très-probablement obligé de recourir à l'amputation de la cuisse, qui fut pratiquée le 18 janvier 1871. Cette enfant était inscrite aux chroniques depuis le 20 juin 1870 et son tour d'admission arriva le 6 mars 1871, six semaines après son amputation. De pareils faits n'ont pas besoin de commentaires, il suffit de les énoncer.

Certainement tous les enfants inscrits aux chroniques ne sont pas dans un état aussi affligeant ; mais nous savons tous que dans cette catégorie il y en a une assez forte proportion dont la situation est tellement grave, qu'il faudrait pouvoir les recevoir de suite, sans que le médecin ou le chirurgien qui a donné son avis motivé fût exposé, comme je l'ai constaté pour mon compte bien des fois, à voir son opinion contrôlée, critiquée et même désapprouvée par des personnes incompétentes faisant partie de l'administration des hôpitaux.

Enfin, quoi de plus singulier que cette mesure qui, de deux à quinze ans, place dans des services de médecine des malades qui, à quinze ans révolus, entreront dans des services de chirurgie? comment expliquer un règlement pareil, que rien ne justifie? pourquoi enfin, dans les hôpitaux d'enfants, s'être écarté de la règle adoptée de tout temps dans les hôpitaux d'adultes ?

Parmi les autres améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants, une des plus importantes, sans contredit, serait l'isolement des individus atteints de ces maladies contagieuses si communes dans l'enfance et si dangereuses lorsqu'elles viennent compliquer une autre affection. Vous le savez tous, ceux de nos collègues qui ont été chargés d'un service d'enfants ont pu constater plus d'une fois que des blessés ou des opérés arrivés au moment de la guérison avaient succombé aux suites d'une maladie contagieuse contractée dans la salle, et Guersant, dont la grande expérience doit être justement invoquée dans cette question, n'a jamais cessé de signaler cette cause de mortalité et de réclamer comme une mesure indispensable la création de salles d'isolement. Dès l'instant que l'assistance publique a cru devoir, à la maison municipale de santé, poser comme une obligation l'isolement de tout malade atteint d'une affection réputée contagieuse, ne devrait-elle pas introduire cette sage précaution dans tous les hôpitaux ?

Du reste, les chirurgiens ne sont pas les seuls à signaler les dangers résultant de l'absence de salles d'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses, car voici ce qu'on lit dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris (page 174 du tome Ier, 2e série) :

« Nous avons cru devoir laisser de côté les hôpitaux d'enfants, pour lesquels une réforme radicale pourrait seule mettre empêchement à la transmission meurtrière des maladies les plus graves. La multiplicité de ces affections, la facilité avec laquelle elles se communiquent pendant le jeune âge, disposition qu'augmente au plus haut degré l'état de débilité provoqué par la maladie qui a motivé l'entrée à l'hôpital; toutes ces considérations, sur lesquelles nos collègues de l'hôpital des Enfants malades et de l'hôpital Sainte-Eugénie ont déjà appelé l'attention de l'administration, tendent à démontrer le besoin d'une organisation nouvelle. L'isolement des maladies contagieuses en serait la première condition. »

Messieurs, en prenant la parole pour répondre à M. Desprès, je ne croyais pas d'abord être obligé d'aborder ces diverses questions; mais comme elles forment un ensemble comprenant plusieurs des modifications les plus importantes à introduire dans les services d'enfants malades, je n'ai pas voulu laisser échapper l'occasion d'exposer devant la Société de chirurgie ce que l'observation m'avait appris sur ce sujet et je ne saurais trop remercier notre collègue de m'avoir amené à vous entretenir sur ces améliorations, qui peuvent se résumer en ces termes :

1° Dans l'état actuel, le nombre des lits consacrés aux enfants malades de tout âge est très-insuffisant; non-seulement il faudrait établir à Paris, dans deux autres quartiers, un nouvel hôpital, mais, pour arriver à des guérisons plus rapides et plus durables, il faudrait surtout augmenter à la campagne le nombre des lits, principalement à Forges; cet établissement étant, par tous les temps, d'un abord plus commode et d'une surveillance plus facile que Laroche-Guyon et pouvant, de plus, recevoir des enfants qui ne peuvent être envoyés à Berck par suite de la nature de leur maladie.

2° Il est absolument nécessaire d'admettre à l'avenir, dans les hôpitaux d'enfants, tous ceux qui, n'ayant pas deux ans révolus, sont véritablement sevrés.

3° Afin de soustraire les enfants aux dangers résultant de la complication des maladies contagieuses, il est indispensable d'avoir des salles d'isolement.

4° La plus grande partie des affections dites chroniques étant des maladies chirurgicales, comme il n'y a aucune raison sérieuse, dans les hôpitaux d'enfants, pour s'écarter de la règle adoptée dans

les hôpitaux d'adultes, elles devraient être réparties dans les services de chirurgie.

5° Il serait bien à souhaiter que les jeunes épileptiques fussent, dès les premières atteintes de cette triste maladie, admis dans des services distincts, afin de pouvoir être soignés avec quelques chances de succès ;

6° Que les services internes des teigneux, qui ont été ouverts, puis fermés, puis de nouveau rétablis, reçoivent enfin une organisation définitive ; au besoin qu'ils soient placés à la campagne dans un établissement séparé.

Telles sont, messieurs, les diverses améliorations qu'il serait bon d'introduire dans les hôpitaux d'enfants malades. J'aurais pu entrer dans plus de détails, mais j'aurais craint de fatiguer votre attention : qu'il me suffise de vous dire que ces conclusions sont le résultat d'une longue et scrupuleuse observation ; aussi je serais très-heureux si vous vouliez bien les prendre en considération et en faire l'objet d'un examen sérieux.

Aujourd'hui que nous sommes privés, depuis de longues années, de la possibilité d'exposer, dans un rapport annuel adressé au conseil des hôpitaux, toutes les modifications que nous jugeons nécessaires dans nos services, nous ne devons laisser échapper aucune occasion d'étudier au sein des sociétés savantes toutes ces questions, bien convaincus que l'administration de l'Assistance publique, éclairée par ces discussions, ne demandera pas mieux que d'accueillir ces observations faites dans l'intérêt des malades.

M. Desprès. Je maintiens que les services des hôpitaux d'enfants sont suffisants. Il y a, dit M. Marjolin, 1,200 lits d'enfants ; sur ces 1,200 lits il y en a moitié qui sont pris par des malades atteints de coxalgies, de maux de Pott, d'arthrites et qui occupent des lits pendant 6 mois à un an. Cela ne fait donc, par année, que 600 lits à donner aux enfants de 2 à 15 ans, faisant partie d'une population de 1,800,000 habitants. Ce que l'on refuse dans les hôpitaux d'enfants, ce sont les maladies chroniques des os et des articulations, sur des sujets atteints de tuberculation avancée des viscères, et nous verrons tout à l'heure quels sont ces enfants.

Je dis que les hôpitaux d'enfants sont suffisants, parce que les parents, qui sont de vrais parents, ne délaissent pas leurs enfants, quelle que soit leur misère. Il y a des père et mère qui vendent jusqu'à leur lit pour garder leur enfant malade chez eux. Ceux-là vous échappent et c'est pour eux que je demande l'assistance à domicile.

La clientèle des hôpitaux d'enfants, ce sont les enfants du quartier, que les parents veulent venir voir souvent, ce sont des enfants

dont leurs parents veulent se débarrasser; c'est quelquefois un enfant de province que l'on fait recevoir sous le couvert de faux parents de Paris, ou un enfant qu'on avait envoyé à la campagne qu'on fait revenir pour avoir davantage au bureau de bienfaisance, et dont on peut se soulager ensuite en l'envoyant à l'hôpital. Il y a des pauvres qui exploitent l'assistance publique à l'aide d'enfants, comme il y en a qui l'exploitent avec de grands parents. J'ai vu des enfants malades dont les père et mère pauvres ou tombés malades ne pouvaient les soigner, recevoir des soins de pauvres moins malheureux qu'eux et qui étaient leurs voisins dans la même maison.

Il y a encore une autre considération qui éloigne les enfants des hôpitaux, c'est la situation des hôpitaux d'enfants : on veut, si l'on confie son enfant à l'hôpital, pouvoir le voir tous les jours. Aussi, s'il y avait une réforme à demander, ce serait la création de 10 à 20 lits d'enfants, pour les cas urgents, dans tous les grands hôpitaux de Paris. Ceci existe en Angleterre, où il n'y a pas d'hôpital d'enfants.

Loin de moi la pensée de vouloir supprimer les hôpitaux d'enfants, qui ont fait leurs preuves et dont il est sorti des travaux qui ont fait marcher la science. Mais je les trouve suffisants et je viens de vous donner mes motifs.

M. Marjolin pense que les enfants doivent être traités à l'hôpital pour beaucoup de maladies qui à mon sens peuvent être soignées chez les parents aussi bien qu'à l'hôpital. A l'hôpital, vous le savez, il y a une infirmière pour 20 enfants, à son domicile, l'enfant a son père et sa mère et quelquefois ses frères et sœurs aînés. Nous traitons tous, à nos consultations, des enfants que leur parents nous amènent parce qu'ils sont du quartier et que, pour rien au monde, les parents ne voudraient faire entrer à l'hôpital.

Voici ce que je soigne en ce moment à l'hôpital Cochin, aux consultations : une fracture du coude, trois fractures du bras, une nécrose de l'humérus, une plaie pénétrante du globe oculaire. Je ne compte pas les maladies des yeux et abcès ganglionnaires. Ces enfants guérissent, grâce aux soins des parents. Pour eux, l'hôpital des enfants est inutile, pour cette première et unique raison que les parents ne veulent pas les y mettre.

Je me suis préoccupé de cette question, messieurs, j'ai des chiffres et je suis en mesure d'éclairer davantage la Société si elle le désire.

Avant de terminer, j'ajouterai qu'il est urgent de créer des lits de nourrice dans tous les hôpitaux. On conçoit à peine que dans tous les hôpitaux de Paris réunis, il y a, au plus, 84 lits où l'on peut recevoir une femme nourrice. C'est une conclusion à joindre à celles de M. Marjolin. Il faudrait, dans chaque hôpital, 20 lits de nourrices.

J'ai encore le souvenir des désastres que cause le déplorable règlement des hôpitaux, qui force à envoyer au dépôt l'enfant des malades qui entrent dans nos services de chirurgie ou de médecine. Il meurt, à l'hôpital des Enfants assistés, presque 2 enfants sur 4 que l'on y met en dépôt. Malgré ce que nous pouvons dire à l'Assistance publique, les règlements des hôpitaux entretiennent cette nécrologie. On envoie au dépôt les enfants des malades chercher la rougeole, le croup ou la scarlatine, et j'ai vu des malades qui aiment mieux ne pas envoyer leur enfant au dépôt et se priver des secours de l'hôpital. Depuis que je suis à l'hôpital Cochin, 2 femmes qui ont consenti à envoyer leur enfant au dépôt l'y ont perdu.

M. Sée. Je ne puis que protester, avec M. Marjolin, contre les jugements portés dans la dernière séance par M. Desprès sur les hôpitaux d'enfants. Il n'est pas exact de dire que les petits malades n'y sont portés que par des parents qui veulent s'en débarrasser, ou du moins cela n'a lieu que très-exceptionnellement. Le plus souvent les mères ne consentent à se séparer de leurs enfants qu'à la dernière extrémité et lorsqu'elles ont épuisé leurs ressources ou reconnu que le traitement à domicle est insuffisant.

M. Desprès prétend substituer les secours à domicile aux soins donnés dans les hôpitaux. Il vient joindre ses efforts à ceux d'un certain nombre de médecins des bureaux de bienfaisance qui ont entrepris, sous prétexte d'humanité, une véritable campagne contre les services de chirurgie des hôpitaux. Je n'ai pas grande confiance dans le succès de leurs efforts, en ce qui concerne les hôpitaux d'adultes ; mais pour ce qui est des enfants, je déclare que le traitement à domicile est absolument impossible. Outre que les secours alloués aux familles seraient, dans la majorité des cas, déviés de leur destination, je demanderai comment on arrivera à traiter convenablement dans une famille pauvre un petit malade atteint d'une de ces vastes suppurations qui nécessitent plusieurs pansements par jour, avec injections antiseptiques, ou d'une ophthalmie purulente demandant des injections répétées, quand souvent il faut une personne expérimentée pour découvrir seulement le globe oculaire. Ce que j'ai regretté parfois, dans ces cas, c'est au contraire de voir des parents, au lieu de conduire immédiatement leurs enfants à l'hôpital, les présenter d'abord à un des nombreux dispensaires créés par des spécialistes, où ils ne peuvent recevoir que des soins insuffisants, et ne consentir à nous les confier que lorsque déjà l'œil est perdu ou gravement compromis. Je pourrais citer beaucoup d'autres maladies où l'hôpital devient indispensable. Sans doute, les hôpitaux, et ceux d'enfants en particulier, présentent de

grands inconvénients, parmi lesquels, cependant, on pourrait en écarter quelques-uns. M. Marjolin a indiqué quelques modifications à introduire : je me joins à lui pour les demander à l'administration.

M. Verneuil. La discussion s'est singulièrement écartée de la question que j'ai soulevée en cherchant à établir le pronostic des opérations chez les scrofuleux. Je partage, d'ailleurs, quant aux hôpitaux d'enfants, l'avis exprimé par MM. Marjolin et Sée, et je trouve regrettable qu'un grand nombre de petits malades soient forcés de faire un stage à la porte de ces établissements. En présence d'une synovite légère, d'une coxalgie au premier degré, que le repos et l'immobilité suffiraient à guérir, mais qui s'accompagnent d'atroces douleurs, que peut la tendresse d'une mère, quand il faudrait une gouttière, un appareil inamovible? Est-il prudent de confier aux soins d'une famille d'ouvriers une plaie de l'œil, comme le fait M. Desprès? Et les fractures, n'est-il pas dangereux, même chez les adultes, de les soigner à domicile, à plus forte raison chez les enfants, qui sont indociles et exigent une surveillance de tous les instants? Ce que je réclame, avec M. Marjolin, c'est qu'on améliore les conditions hygiéniques des hôpitaux d'enfants, et avant tout qu'on augmente le nombre des lits, qu'il faudrait porter à 2,000 pour Paris et à 1,000 pour Berck.

M. Giraud-Teulon. Je proteste contre les assertions de M. Sée, relativement à l'insuffisance des soins donnés dans les dispensaires ophthalmologiques. Depuis douze ans que je dirige une consultation où il vient environ quatre-vingts malades par jour, je n'ai pas eu une seule fois à déplorer la perte d'un œil, bien que je ne voie d'ordinaire les malades qu'une seule fois par jour.

M. Sée. Je n'ai voulu incriminer personne, M. Giraud-Teulon moins que tout autre, mais simplement montrer par un exemple le danger qu'il y a de laisser croire à certains malades qu'il suffit de voir le médecin une fois par jour.

M Larrey fait remarquer également qu'on s'est éloigné considérablement de la question posée par M. Verneuil. Il propose que cette question soit mise à l'ordre du jour.

M. Desprès. J'insisterai sur ma précédente argumentation : je demande que l'assistance à domicile soit étendue plutôt que d'augmenter les hôpitaux d'enfants. M. Verneuil dit que l'on ne peut traiter les coxalgies et le croup à domicile ; soit, qu'on mette les petits malades à l'hôpital si les parents y consentent. Mais il n'y a pas que ces maladies d'enfants, et je maintiens que les fractures

du membre supérieur, de la clavicule, les plaies des doigts, etc., peuvent être traitées aux consultations, pourvu que le pansement soit bien fait par le chef de service ou un interne, et que les parents surveillent l'enfant. Ce traitement aux consultations laisse des places libres pour les fractures du membre inférieur et les arthrites. J'ai vu et fait le service des hôpitaux d'enfants et j'ai constaté que l'on y avait toujours de la place pour opérer des phimosis, des pieds-bots, des doigts surnuméraires et ces tumeurs érectiles que l'on peut traiter aux consultations, puisque nous en traitons tous dans les grands hôpitaux à nos consultations.

Enfin, messieurs, et ceci est pour répondre à M. Sée, ce que j'entends par l'assistance à domicile, c'est tous les jours une visite du médecin, et le soir, la visite de la sœur qui remplisse le rôle de surveillante et d'infirmière.

M. Guéniot s'associe aux conclusions de M. Marjolin. Comme lui, il voudrait augmenter dans une proportion considérable le nombre des lits d'enfants.

En province, les ophthalmies purulentes, la fièvre puerpérale sont rares; cela tient à ce que les malades y sont réunis en petit nombre, dans des salles relativement plus vastes que celles de nos hôpitaux. Si, au dépôt des enfants assistés, il y avait seulement vingt enfants dans une salle, au lieu de trois cents, on n'aurait plus à déplorer cette effrayante mortalité qu'on y observe.

M. Le Fort. La discussion actuelle ne peut recevoir aucune sanction pratique. Tout le monde accorde qu'il est urgent d'augmenter le nombre des lits de nourrices. Mais pour obtenir un résultat, il faudrait peser sur l'administration des hôpitaux, et avant tout, nommer une commission, dont le rapport serait discuté avec fruit.

Élection d'un membre titulaire.

La commission présente :

En 1re ligne : M. Théophile Anger ;
En 2e ligne : MM. Lucas-Championnière et Gillette ;
En 3e ligne : M. Delens.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants est de 29.

M. Th. Anger obtient 9 voix.
M. Lucas-Championnière, 7 —
M. Delens, 6 —
M. Gilette, 7 —

Au second tour, le nombre des votants est de 27 :

M. Lucas-Championnière obtient 14 voix.
M. Th. Anger 8
M. Delens 5

M. Lucas-Champonnière, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Présentation de malades.

M. Sichel. Le 19 mai dernier, M. Giraud-Teulon a eu l'obligeance de présenter en mon nom, à la Société de chirurgie, une femme chez laquelle j'avais pratiqué une blépharoplastie par greffes dermiques, d'après la méthode d'Ollier. Cette opération avait été suivie de succès et, au moment de la présentation, on ne retrouvait plus, sur la paupière supérieure, aucune trace de l'opération.

Pour montrer quelle fut la marche de l'opération, ou, pour mieux dire, pour qu'on puisse se rendre compte de ce qui a été fait, je me permets de mettre aujourd'hui sous les yeux des membres de la Société une seconde malade, chez laquelle j'ai pratiqué la même opération le 15 juin dernier, c'est-à-dire il y a aujourd'hui juste quinze jours.

Voici l'histoire de cette malade :

A l'âge de 7 ans, la nommée Marie A..., fit une chute dans laquelle la partie supérieure du côté gauche de la face tomba sur des charbons ardents. Il en résulta une brûlure assez étendue de la paupière supérieure, du sourcil, du front et d'une partie de la tempe.

La cicatrisation fut suivie, du côté de la paupière supérieure, d'une rétraction considérable, avec adhérence du bord libre au voisinage du sourcil, ectropion et lagophthalmos.

Vers la 12e année de la malade, tentative de blépharoplastie par glissement : on inséra à la région externe de la paupière supérieure un lambeau de peau emprunté à la région temporale. On retrouve encore aujourd'hui les traces de cette opération, qui ne donna pas grand résultat, car l'œil restant toujours découvert, la cornée s'ulcéra sans doute et devint opaque.

En décembre 1873, blépharoplastie par greffes dermiques, dont on voit encore la trace sous forme d'une ligne blanche suivant le sourcil. Après avoir détaché la peau de la paupière au niveau du sourcil, on fit l'avivement des bords palpébraux et la tarsoraphie. Dans la perte de substance, séparée du bord palpébral par un large pont de tissu *cicatriciel*, trente greffes, de 6 à 8 millimètres de diamètre chacune, empruntées à la face antérieure des deux avant-bras, furent insérées, maintenues en place par une feuille de baudruche et le tout fut recouvert d'un peu d'ouate et d'un bandage compressif.

Un an après, les paupiéres furent détachées, mais le lagophthalmos se reproduisit. Remarquant alors qu'il existait, au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur, une épaisse bride cicatricielle, sorte de symblépharon, on pratiqua une transplantation conjonctivale, qui resta sans effet.

J'opérai la malade le 15 juin dernier : une première incision, étendue le long du bord libre de la paupière supérieure et suivant celui-ci à 3 ou 4 millimètres, fut faite dans la peau, puis les deux lèvres de cette incision disséquées dans la profondeur, de façon à arriver sur le bord supérieur du tarse. Ce cartilage, en effet, au lieu de reposer à plat, est dirigé en avant, de sorte que, lorsque la malade essaye de fermer les paupières, la supérieure reste en route et prend la forme d'une visière de casquette. Cette seule incision suffit pour renverser le tarse en bas, le ramener au contact du globe oculaire et mettre les deux bords palpébraux en rapport.

Ceux-ci sont alors avivés et suturés séance tenante.

Il existe maintenant une large perte de substance, mesurant 4 centimètres 1/2 de long sur 2 1/2 de large. Pour combler cette perte de subtance, j'empruntai un large lambeau à la partie supérieure de la face postérieure de l'avant-bras gauche, ainsi que cela se voit sur la malade. A l'aide du pouce, de l'index et du médius de la main gauche, je soulevai un pli de peau dans cette région, je le traversai à sa base à l'aide d'un bistouri et taillai par transfixion un lambeau de 5 centimètres de long sur 4 de large.

Pendant que je taillais ce lambeau, un aide avait le soin de débarrasser, au moyen d'une éponge fine, toute la surface cruentée de la paupière des caillots qui la recouvraient et faisait saigner la plaie de nouveau. Je débarrassai soigneusement le lambeau pris au bras du pannicule cellulo-adipeux dont il était doublé, et je le divisai en six petits fragments qui furent posés sur la surface cruente de la plaie palpébrale sous forme d'une mosaïque dont les différentes pièces se touchaient aussi exactement que possible par leurs bords.

L'opération étant terminée, je plaçai sur toute la région un large morceau de baudruche gommée, dont les bords furent fixés à la tempe, au front, sur le dos du nez et à la joue, et recouverts d'une épaisse couche de collodion élastique. Ce pansement fut recouvert d'une épaisseur de dix couches d'ouate et celles-ci tenues en position par une bande roulée autour de la tête. L'œil droit fut laissé libre.

La plaie du bras fut recouverte d'une mousseline légèrement imbibée de perchlorure de fer, d'un peu de charpie et d'un spica du coude.

Tout fut ainsi laissé en place jusqu'au 6e jour. On se contenta de surveiller l'état général, à cause de la crainte inspirée par un érysipèle dont la malade avait été prise lors de la première opération.

Le 6e jour, le pansement ouaté étant enlevé, on vit par transparence, à travers la baudruche, que les lambeaux transplantés présentaient l'aspect d'une mosaïque composée de petites pièces carrées, d'une teinte gris jaunâtre, réunies entre elles par des points d'un brun rougeâtre, de couleur analogue à celle du sang coagulé.

La baudruche étant enlevée, on voit que tous les lambeaux, sans exception, sont parfaitements adhérents, ce dont il est facile de s'assurer en promenant le doigt à leur surface. La teinte grise jaunâtre est due à l'épiderme, qui partout est mortifié et se détache avec la plus grande facilité. Au-dessous de lui, la surface des lambeaux est rosée, lisse, et si on la pique, saigne facilement.

Le plus petit lambeau, le nº 1 du dessin, est surtout très-intéressant. Il adhère aussi complétement que possible, non-seulement par sa face profonde, mais par ses bords. Les bords des lambeaux adhèrent tous entre eux, sauf ceux des lambeaux 5 et 6, qui ne sont pas en contact, mais se recouvrent légèrement. De même le bord interne du lambeau 6 dépasse les limites de la perte de substance palpébrale et en surplombe les bords.

Voulant régulariser ce bord, j'essaye de l'exciser d'un coup de ciseaux. Le lambeau saigne et la malade accuse de la douleur. Le pansement est replacé tel qu'après l'opération et maintenu jusqu'au 9e jour.

Tout est dans le même état et je remplace le pansement ouaté par un pansement à l'alcool. Aujourd'hui on peut voir nettement la forme et l'emplacement des lambeaux.

La suture des paupières n'ayant été faite que par trois points noués, il existe au niveau du quart moyen un espace dans lequel les paupières ne sont pas réunies. Par cette ouverture on peut voir que le globe jouit de toute sa mobilité, en bas et en haut, et que sous la paupière supérieure existe un cul-de-sac profond d'un centimètre 1/2 environ.

Nous laisserons les paupières fermées longtemps, 8 ou 10 mois au moins, et ne les ouvrirons que peu à peu, d'abord dans leur partie interne, entre les points lacrymaux et le quart moyen, et deux ou trois mois plus tard, dans le reste de leur étendue. Si alors la bride conjonctivale du cul-de-sac supérieur n'a pas disparu, peut-être y ferons-nous une tentative de greffe conjonctivale, soit au moyen de conjonctive humaine, soit à l'aide de conjonctive de lapin.

M. Perrin. En félicitant M. Sichel des deux beaux succès qu'il a obtenus, je le prierai de me renseigner sur le sort ultérieur des indurations de tissu que l'on observe aux points de contact des différents lambeaux. Que deviennent ces indurations? Se résorbent-elles? La même chose s'est-elle produite dans la première observation ?

M. Sichel. Les lambeaux, à peine taillés, se rétractent énormément; mais ils s'étalent de nouveau lorsqu'ils commencent à se souder, et alors leurs bords se recouvrent mutuellement et s'indurent. Plus tard, le tissu de cicatrice se résorbe et la surface devient plane.

M. Le Fort ne saurait admettre qu'on attache à ce procédé le nom de M. Ollier, ainsi que l'a fait M. Sichel. J'ai employé, dit-il, le premier en Europe ce procédé, en 1869; sans succès, il est vrai;

mais en 1872 j'obtins un succès et je présentai le malade à l'Académie.

L'opération de M. Ollier est postérieure à ma communication à la Société de chirurgie en 1871.

Présentation d'instruments.

M. H. FAUCHER, interne provisoire, présente une pile pour la galvanocaustique thermique.

Elle diffère de celles que l'on emploie habituellement : 1° *par la construction des couples :* la pile se compose de lames de zinc et de lames de charbon, formant deux éléments de tension. Les charbons sont imbibés de paraffine dans la portion supérieure. Ils reçoivent, en cet endroit, un dépôt galvanique de cuivre sur lequel sont soudées les pinces qui les mettent en communication avec les conducteurs. Par cette disposition, le liquide acide ne vient pas altérer les communications et tout nettoyage est inutile.

2° *Par la composition du liquide :* il renferme, outre le bichromate de potasse, un mélange d'acide chlorhydrique et sulfurique. Ce liquide produit un courant très-intense et plus régulier que ne le fait la solution usitée ordinairement.

L'appareil terminé doit être fermé et pouvoir se transporter tout prêt à fonctionner.

Toutes les communications des cordons à la pile et aux instruments, couteau et anse, sont assurées par des vis et ne sont plus à frottement simple.

L'anse coupante fonctionne au moyen d'une crémaillère, comme la chaîne d'un écraseur.

(Commissaires : MM. Verneuil, Paulet et Nicaise.)

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel,

M. SÉE.

Séance du 7 juillet 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Les brochures suivantes : *Fragments inédits d'un manuscrit de Bordeu sur les eaux minérales de la généralité d'Auch*, par le Dr Duboué; *Étude clinique sur la fistule à l'anus*, par le Dr Jules Félix; *Leçons sur les maladies chirurgicales de la femme*, par le Dr Berrut; *De la réunion des plaies*, par le Dr Kœberlé.

M. le Dr E. Martin envoie, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Étude clinique sur les traitements des rétrécissements de l'urèthre*.

M. Verneuil dépose, de la part du Dr L.-H. Petit, une brochure intitulée : *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme*.

A propos du procès-verbal,

Le Président demande si la Société désire nommer une commission chargée d'étudier la question du traitement chirurgical dans les hôpitaux.

M. Perrin est d'avis qu'il faut laisser ce soin à l'initiative des membres de la Société, dont les communications deviendraient l'occasion de discussions approfondies.

M. Desprès. Une commission, en se procurant les documents et renseignements nécessaires, serait mieux à même d'exercer une pression sur l'administration.

M. Verneuil formule ainsi la question qui devra être posée à la commission : Le service est-il organisé suffisamment dans les hôpitaux d'enfants?

La Société, consultée par le président, décide qu'il sera nommé une commission de trois membres pour étudier cette question.

M. Marjolin donne lecture de la note suivante :

Les objections si justes faites par MM. Verneuil, Sée et Guéniot, me dispenseront de relever quelques-unes des erreurs de M. Desprès; autant il a raison de signaler l'insuffisance du nombre

de lits de nourrice et les dangers résultant de la complication de maladies contagieuses contractées, soit au dépôt, soit à l'hôpital, autant ses idées sur les autres points de la question démontrent de la manière la plus évidente que, malgré six mois passés à Sainte-Eugénie, il est fort peu au courant des coutumes suivies dans les hôpitaux d'enfants, même en ce qui concerne la nature des affections traitées dans les services de chirurgie. A l'entendre, nos salles ne seraient presque qu'un dépôt d'infirmes et un lieu de repos ou d'abandon, uniquement propre à favoriser et à encourager l'indifférence de parents indignes de ce nom.

A ce compte, messieurs, la proportion de ces derniers, calculée d'après le chiffre des demandes d'admission, serait véritablement effrayante ; mais rassurez-vous, et bien que le nombre des mauvais parents soit toujours considérable, je puis vous affirmer qu'ils constituent l'exception. Mais enfin, pour ne pas rester dans les termes vagues d'une conférence sociale et humanitaire, permettez-moi de vous donner connaissance seulement du relevé des fractures traitées dans mon service dans l'espace de 7 ans. Ce sera la meilleure manière de répondre aux questions que me posait M. Desprès au sujet des fractures des membres supérieurs.

Dans ce laps de temps, sur 2,435 garçons de 2 à 15 ans entrés dans mon service, 469 ont été admis pour des fractures. Chez les filles, le nombre de ces accidents a été naturellement moins considérable ; mais cependant il est encore assez important : ainsi, sur 1,900 filles soignées dans mes salles, pendant cette même période, 131 ont été admises pour des fractures. En résumé, sur 4,335 malades, garçons et filles, il y en a eu 600 ayant des fractures, dont 4 assez graves pour nécessiter une amputation. Maintenant, parmi ces 600 enfants, 356 avaient des fractures de la clavicule ou des membres supérieurs.

Ne croyez pas, cependant, que ces fractures soient les seules lésions traumatiques soignées dans les hôpitaux d'enfants.

A une époque plus rapprochée, en 1868 et 1869, voulant me rendre compte d'une manière précise de la fréquence et de la gravité des accidents de fabrique chez les apprentis, garçons et filles, je dirigeai mes recherches sur ce point ; en suivant les indications prescrites à Mulhouse (association pour prévenir les accidents de fabrique) et dans un travail communiqué à la Société de protection des apprentis, j'ai pu réunir, chez les garçons 38 cas, et chez les filles 5, de blessures produites par des machines.

Si je me borne aujourd'hui à ces deux relevés, sans vous parler des autres lésions traumatiques, des plaies, des contusions violentes et des brûlures, si fréquentes chez les enfants ; si j'omets également, avec les maladies des yeux, les affections chirurgicales si nombreuses

des os et des articulations, c'est que ce serait réellement abuser de vos moments en accumulant de nouveaux faits dans le but de démontrer l'urgence d'augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants de tout âge.

Au reste, quelle que soit, sur ce sujet, l'opinion de chacun d'entre nous, il est évident, d'après ce qui a été dit pendant cette discussion, qu'il est du devoir du corps médical de s'occuper sérieusement des améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants ; la Société de chirurgie ayant été saisie de cette question, c'est à elle à donner l'exemple en la mettant à l'ordre du jour.

M. Després. Ayant passé six mois dans le service de M. Marjolin et deux à l'hôpital des Enfants, je connais ces deux services; je m'attendais à voir M. Marjolin invoquer des chiffres, et j'avais préparé, le cas échéant, les chiffres dont j'ai parlé dans la dernière séance. Nous possédons deux sources où nous trouvons des renseignements précis sur les hôpitaux d'enfants : l'une est le relevé statistique des hôpitaux pour les années 1861 à 1863, publié par l'administration et sous la haute direction de M. Broca; l'autre est le compte moral de l'administration de l'assistance publique. Ne voulant en rien désobliger nos collègues des hôpitaux d'enfants et n'ayant pas le droit d'aller contrôler leurs admissions, j'ai pris la statistique générale des hôpitaux pour l'année 1863, qui correspond à l'époque où MM. Giraldès et Marjolin étaient chirurgiens des hôpitaux d'enfants et qui renferme le plus de détails.

Pour démontrer qu'un hôpital est suffisant, c'est assez de voir, d'une part, quel est le nombre des malades reçus, de l'autre, quelle a été la durée moyenne du séjour dans l'hôpital.

La statistique médicale nous apprend que les deux hôpitaux d'enfants réunis renferment 203 lits de chirurgie et qu'ils ont reçu en tout 1,273 malades; soit 636 par hôpital, pour un service de 101 lits, cela fait environ 200 malades de moins que les services d'adultes ayant un même nombre de lits.

Le compte moral de l'Assistance publique apprend que la durée moyenne du séjour des malades dans les hôpitaux d'enfants est de 55 jours, c'est-à-dire 24 jours de plus que la durée moyenne du séjour des malades dans les hôpitaux d'adultes, durée qui ne dépasse pas 31 jours. Vous voyez la conclusion que l'on doit tirer : les hôpitaux d'enfants reçoivent moins de malades que les hôpitaux d'adultes et les malades font un séjour plus long dans l'hôpital.

Vous dites que l'on refuse journellement des malades atteints de coxalgie, de tumeur blanche, d'affections osseuses : voyons si l'hôpital est encombré au point que l'on ne puisse avoir de la place pour ces malades.

La statistique nous apprend que l'on reçoit, par exemple, dans les deux hôpitaux réunis, en une année, 53 contusions, 52 abcès, dont 10 du cou, maladies chirurgicales que nous traitons à nos consultations tous les jours, parce que les parents ne veulent pas envoyer leur enfant à l'hôpital. Je trouve 362 maladies des yeux admises à l'hôpital, 64 chez des garçons, 298 chez des filles (chiffre bizarre et dont il y aurait lieu d'étudier la cause ; je n'ose pas dire qu'il tient à ce que l'on met plus volontiers sa fille que son fils à l'hôpital). Sur ce chiffre de maladies des yeux, qui forme le quart des admissions, je trouve 47 blépharites et 106 kératites, maladies qui, suivant moi, peuvent être traitées, dans la plupart des cas, à la consultation de l'hôpital.

Quant aux ophthalmies purulentes, le petit nombre que l'on en reçoit est tout à fait significatif. La statistique porte qu'il a été admis, en une année, 1 conjonctivite purulente et 11 ophthalmies purulentes; total 12 pour les deux services de chirurgie d'enfants réunis.

J'abrége et je cite encore quelques chiffres. Il est entré dans les deux hôpitaux, sans compter 1 fracture du crâne, 98 fractures, sur lesquelles il y avait 33 fractures de l'avant-bras, qui peuvent être traitées à domicile, pourvu que l'enfant vienne se faire panser à l'hôpital tous les 4 ou 5 jours, pendant 25 à 28 jours. On trouve 7 phimosis admis dans les deux hôpitaux, et ces phimosis eussent pu être opérés au dehors, comme nous en opérons tous.

Si j'additionne toutes les maladies qui, suivant moi, eussent pu être traitées à domicile, j'arrive au chiffre de 250 malades qui, s'ils n'avaient pas été admis, auraient fait de la place à des malades atteints d'affection chronique des os qui, suivant M. Marjolin, restent à la porte de l'hôpital.

Enfin, dans les services réunis de Sainte-Eugénie et des Enfants malades, il a été reçu 3 cas de scrofule et 20 cas de carie et nécrose; c'est bien peu, et je crois que ce qui reste à la porte de l'hôpital est expliqué par ce chiffre minime. Nous avons tous plus de propension à soigner des maladies aiguës de préférence aux maladies chroniques, que nous jugeons incurables, et je pense que les chirurgiens des hôpitaux d'enfants ne font pas exception.

Je termine en insistant pour que la question de la création de lits de nourrice dans tous les hôpitaux, en nombre suffisant, permette de supprimer l'envoi au dépôt des enfants des mères obligées d'entrer à l'hôpital, dans un service de médecine ou de chirurgie, et pour permettre de traiter dans nos services, avec l'aide de la mère, les enfants malades ayant moins de deux ans.

M. de Saint-Germain n'éprouve pas, comme M. Marjolin, le besoin d'augmenter le nombre des lits de chirurgie dans son service de l'hôpital des Enfants : il a, au contraire, de la peine à remplir

les lits dont il dispose ; bien qu'il ait l'habitude de faire de temps en temps une tournée dans le service des chroniques, pour y recueillir les coxalgies, les maux de Pott auxquels un traitement chirurgical est applicable, M. de Saint-Germain a toujours 7 ou 8 lits non occupés dans son service d'aigus.

Quant aux affections des yeux, dit M. de Saint-Germain, ce sont toujours les mêmes malades qui se présentent : à peine ont-ils quitté l'hôpital, améliorés ou guéris en apparence, qu'ils demandent à y rentrer pour des récidives.

M. Sée. Je n'ai point, je dois le dire, la même peine que M. de Saint-Germain à remplir mes salles de l'hôpital Sainte-Eugénie et je me vois même forcé quelquefois d'accepter des malades en supplément. Mais je désire ici répondre seulement aux arguments de M. Desprès. Les statistiques qu'il a produites sont, à mon avis, d'une bien faible valeur, et les conclusions qu'il en a tirées me semblent complétement erronées. Si M. Desprès connaissait véritablement les services des hôpitaux d'enfants, il saurait, par exemple, que les contusions qu'on y traite ne sont pas de celles qu'on observe si fréquemment chez les enfants, sujets à tant de chutes, mais bien des lésions sérieuses et mêmes graves, déterminées par le passage d'une roue de voiture, la chute d'un lieu élevé, etc. De même pour les fractures du membre supérieur, que M. Desprès voudrait traiter à la consultation ; quand elles sont simples, rien de mieux, et tous les jours je renvoie, après leur avoir fait appliquer un appareil, des enfants atteints de fracture de l'extrémité inférieure du radius, de l'avant-bras ou même de la partie moyenne de l'humérus ou de la clavicule, sans déplacement. Les fractures du membre supérieur que je reçois dans mes salles, ce sont des fractures avec contusion violente, avec menace d'inflammation et de suppuration, des fractures compliquées, et celles-là je ne consentirai jamais à les traiter à la consultation.

Je n'admets pas davantage que certaines opérations, que M. Desprès appelle de petites opérations, telles que celle du phimosis, doivent être pratiquées à la légère, attendu qu'elles sont parfois suivie d'accidents très-graves, de nature à entraîner la mort, quand les soins consécutifs sont négligés.

M. Giraldès. Il est impossible de prendre au sérieux la statistique citée par M. Desprès, et notre collègue aurait dû en reconnaître le vice à ce seul fait qu'elle ne signale qu'un cas d'ophthalmie purluente dans les deux hôpitaux d'enfants, tandis que dans une seule année j'ai constaté 30 cas d'ophthalmie diphtéritiques. Les opérations les plus graves ne figurent point dans cette statistique, où l'on ne trouve pas trace de 3 désarticulations de la hanche que j'ai

pratiquées, de plusieurs contusions graves du périnée. M. Desprès est resté trop peu de temps dans les hôpitaux d'enfants pour prendre une idée exacte de leur physionomie générale; étant tombé sur une période exceptionnelle, il a cru que les choses se passaient toujours de la même manière. Dans le premier mois qui suivit ma nomination à la place de chirurgien de l'hôpital des Enfants, il me fut présenté 8 cas d'imperforation de l'anus. Si j'avais dû faire une statistique d'après les seuls faits observés pendant ce laps de temps, je serais arrivé à cette conclusion que le nombre des imperforations de l'anus qu'on observe dans une année à l'hôpital des enfants est 12 fois 8 ou 96. Il y des époques où les services sont chargés, et souvent alors on manque de médecin.

M. Desprès voudrait traiter à la consultation les fractures du membre supérieur; il oublie les fractures du coude, si fréquentes dans le jeune âge, si graves et qu'on prend souvent pour des luxations, les fractures du col de l'humérus, les fractures du crâne. Et combien n'y a-t-il pas d'autres lésions qui ne peuvent être soignées qu'à l'hôpital! faut-il rappeler les brûlures, qui se présentent en quantité dans la saison froide, les périostites phlegmoneuses? Ce n'est qu'après avoir passé des années dans ces services qu'on peut en connaître exactement la population et les besoins.

M. Desprès. Mes collègues des hôpitaux d'enfants semblent me rendre responsable des chiffres fournis par la statistique. Je le regrette vivement, car j'avais fait mon possible pour trouver mes preuves de manière à ne point blesser nos collègues. Je me hâte de répéter à M. Sée qu'il ne s'agit point des malades de son service, il s'agit des malades admis en 1863 dans les hôpitaux d'enfants et Sainte-Eugénie réunis. M. Giraldès attaque la valeur de la statistique des hôpitaux. Cette statistique a été faite aussi sérieusement que possible, sous la direction de M. Broca et, telle qu'elle est, elle vaut mieux que des opinions et des assertions individuelles, auxquelles on pourrait adresser le reproche d'être un peu intéressées.

Nous sommes ici pour dire la vérité et pour l'entendre. Sur les 98 fractures traitées à l'hôpital des Enfants, il y a eu 33 *fractures de l'avant-bras*. Les fractures du coude n'y étaient point comprises, puisqu'il est noté qu'il y a eu 1 fracture du coude. Pour ce qui est des maladies des yeux, je suis obligé de le dire, lorsque j'ai remplacé M. Giraldès à l'hôpital des Enfants, je voyais, suivant les habitudes du service, une ou deux fois la semaine une salle d'enfants que la sœur me présentait et qui ne subissaient pas d'autre traitement que celui que nous faisons subir à des enfants qui suivent nos consultations dans les grands hôpitaux et qui se soignent à domicile.

Scrutin pour la nomination d'une commission.

M. Marjolin obtient seul la majorité au premier tour. L'élection des deux autres membres est renvoyée à la prochaine séance.

Rapports.

1° Rapport sur un travail de M. le docteur Jude Hüe (de Rouen), intitulé : « Contribution à l'étude des compressions pelviennes occasionnées par les fibroïdes de l'utérus, et des moyens qu'on peut leur opposer. »

Par M. Guéniot.

Messieurs,

C'est pour la troisième fois, en moins de deux ans, que je suis appelé à vous rendre compte de travaux relatifs aux compressions que déterminent parfois les fibroïdes de l'utérus. Mais, tandis que le mémoire de M. Faucon (octobre 1873) et l'observation de M. de Boyer (novembre de la même année) avaient exclusivement pour objectif *l'occlusion intestinale*, le mémoire de M. Hüe, plus compréhensif, traite à la fois de cet accident et de la compression de l'appareil urinaire. Quand je dis que notre confrère de Rouen *traite* à la fois de ces deux sortes d'accidents, je vais certainement au delà de la vérité, car son travail représente plutôt un aperçu ou, comme il le dénomme lui-même, une *contribution*, qu'une étude méthodique du sujet. C'est, d'ailleurs, ce qu'une brève analyse va vous permettre de juger.

Après avoir constaté que la science est d'une pauvreté extrême touchant les exemples de ces sortes de compressions, M. Hüe exprime l'opinion que celles-ci, cependant, sont en réalité fort communes. Il rappelle ensuite ce fait, déjà signalé par M. Faucon, que ce ne sont point les tumeurs les plus volumineuses qui produisent les compressions les plus redoutables, mais bien celles qui, avec un volume restreint, occupent la cavité du petit bassin. Puis, il passe à l'énoncé de quatorze cas de compression intra-pelvienne, les seuls qui à sa connaissance aient été jusqu'ici publiés. L'auteur donne en quelques mots le sommaire de toutes ces observations, en y joignant l'indication exacte des sources.

Dans ces quatorze exemples, nous voyons que quatre fois c'est l'appareil urinaire qui a subi les fâcheux effets de la compression et que, par suite de l'aplatissement des uretères, les reins profondément altérés ont occasionné une intoxication mortelle[1]. Deux autres

[1] Observation de Murphy, *London Journal of medecine*, octobre 1849.

fois encore, c'est la distension de la vessie (avec lésion du rein et des uretères dans un cas) qui a provoqué des accidents dont la terminaison fut fatale [2]. Enfin, dans les huit dernières observations, c'est l'intestin qui, par le fait des tumeurs, a été frappé d'une occlusion plus ou moins complète [3].

Deux faits du même genre sont encore indiqués, d'après le mémoire de M. Leblond, sur les *tumeurs fibreuses de l'utérus*, etc. [4]; mais leur mention n'est accompagnée d'aucun détail, parce que leur observateur, M. Marc Sée, n'en a pas encore publié la relation. J'espère que notre collègue profitera de la circonstance pour nous faire connaître les points importants de ces deux observations.

En considérant combien sont dangereux les effets d'une compression portée à l'extrême, puisque, sur quatorze cas, treize fois la mort s'en est suivie, M. Hüe s'est demandé, à l'exemple de ses devanciers, si l'on ne pourrait point remédier efficacement à cette compression. Après avoir constaté que les fibroïdes utérins se compliquent très-rarement de péritonite adhésive et que, par conséquent, les adhérences de ces tumeurs aux organes voisins sont chose peu commune, il conclut que l'on est autorisé à tenter de sérieux efforts dans le but de les repousser au-dessus de l'excavation pelvienne, dût-on même encourir de ce chef quelques risques de péritonite traumatique. On sait, en effet, combien peu il faut compter, en pareil cas, sur la gastrotomie, qui jusqu'ici n'a donné que des insuccès (Voir *Rapport sur le Mémoire de M. Faucon; Bulletin*, 1873, p. 479). L'auteur se prononce donc en faveur des tentatives de refoulement, en recommandant qu'elles soient précoces plutôt que tardives, énergiques et soutenues plutôt que molles et trop vite abandonnées.

Observation de Hanot, *Bull. de la Soc. anatom.*, février 1873.
Observation de Hubert, *Bull. de la Soc. anatom.*, décembre 1874.
Observation de Peyrot, *Thèse de Gust. Milliot, sur les complications des tumeurs fibr. de l'utér.*, Paris, 1875.

[2] Observation de Fourestié, *Gaz. méd. de Paris*, numéro du 13 février 1875.
Observation de Budin, *Bull. de la Soc. anatom.*, décembre 1874.

[3] Observation de Nélaton, *Th. d'agrég. de F. Guyon*; Paris, 1860, p. 49.
Observation de Duchaussoy, *Des étranglements internes; Mém. acad. de méd.*, 1860.
Observation de Holdouse, *Trans. of. path. Soc. of London*, t. III, p. 371.
Observation de Herrgott, *Rapport de Guéniot; Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873, p. 480.
Observation de Faucon, *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873, p. 481.
Observation de Henry de Boyer, *Soc. de chirurg.*, 1873, p. 545.
Observation de Dolbeau, *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1873, p. 484.
Observation de Depaul, *Mém. recueil*, p. 485.

[4] *Annales de Gynécologie*, 1874, t. I, p. 140.

Messieurs, pour ma part, j'accepte d'autant plus volontiers cette conclusion qu'elle n'est, pour ainsi dire, que la traduction de l'opinion que j'exprimais devant vous, en 1873, dans mon rapport sur le travail de M. de Boyer. Permettez-moi de reproduire ici ce que je disais alors ; cette courte citation ne sera pas hors de propos. « Si l'on se rappelle : 1° que chez le malade de M. Duchaussoy, ce chirurgien put refouler avec succès la tumeur qui aplatissait le rectum ; 2° que, dans un cas rapporté par M. Herrgott, il suffit pendant l'autopsie de passer de bas en haut la main entre le sacrum et la tumeur pour déplacer cette dernière ; 3° enfin, que dans l'observation de M. de Boyer, la longueur des pédicules et le défaut d'adhérence des tumeurs rendaient celles-ci très-mobilisables ; si, dis-je, on se remet en mémoire ces différents cas, on comprendra aisément combien il peut être avantageux de tenter le refoulement de ces masses compressives au-dessus du petit bassin. Mais, pour rendre la manœuvre fructueuse, ajoutais-je, il me paraît très-utile, sinon nécessaire, de placer la femme dans une attitude telle que tous les viscères abdominaux soient sollicités vers le diaphragme, résultat que l'on obtient par la situation renversée (tête en bas et siége en haut)[1]. »

C'est en suivant cette voie opératoire que M. Hüe, dans deux cas récents, fut assez heureux pour triompher de la compression et sauver ses malades du péril qui les menaçait. Les deux observations qu'en donne notre confrère sont, d'ailleurs, trop importantes pour que je me borne à une simple mention ; je dois vous les faire connaître dans leurs principaux détails.

Obs. I. La première a trait à une dame de 39 ans, qui n'avait jamais eu de grossesse, quoique mariée depuis 17 ans, et dont la maladie remontait à une dizaine d'années. Après diverses alternatives de sciatique du côté droit, de pesanteur dans les lombes et le bassin, de rétention d'urine et de constipation rebelle, qui le plus souvent ne se résolvait que par une diarrhée persistante, il se produisit finalement (en avril 1874) une obstruction telle de l'intestin, que la malade, « torturée de douleurs névralgiques, confinée dans son lit et en proie à des idées de suicide, » était obligée, pour se procurer quelque soulagement, d'extraire à l'aide du doigt les matières qui encombraient son rectum. Inutile de dire qu'elle n'était arrivée à cette extrémité qu'après avoir épuisé sans succès toute une série de purgatifs. Mais il convient d'ajouter que, depuis longtemps, dans le but de calmer ses douleurs, elle usait journellement de fortes doses d'opium (15 à 20 centigrammes).

Lorsque, le 21 janvier dernier, M. Hue fut appelé par son confrère, M. Le Brument, à examiner la malade, il constata par la palpation de

[1] *Bull. de la Soc de chirurg.*, 1873, p. 544.

l'abdomen l'existence de toute une série de tumeurs, qui s'étendait depuis le pubis jusque dans l'hypochondre gauche : c'était le gros intestin distendu par des matières dures et plus ou moins mobiles. D'une autre part, le canal vaginal était presque effacé ; à peine le doigt avait-il franchi la vulve, qu'il rencontrait une masse arrondie, légèrement bosselée, d'une dureté presque osseuse et qui, refoulant le col utérin contre le pubis, aplatissait le rectum en arrière contre la face antérieure du sacrum. Contrairement à l'avis d'un chirurgien, que M. Hüe qualifie de distingué, notre jeune confrère parvint à s'assurer que cette volumineuse tumeur offrait une certaine mobilité. Dès lors, sa thérapeutique fut fixée.

« Incontinent, la malade fut mise en travers de son lit dans la position sur les genoux et sur les coudes, les reins abaissés, afin de relâcher les muscles abdominaux, et invitée à respirer largement. A l'aide de pressions manuelles et progressives exercées de bas en haut sur la tumeur, à travers le vagin, j'eus bientôt la satisfaction, dit M. Hüe, de la sentir s'ébranler, puis monter lentement dans le petit bassin ; finalement elle se dégagea au-dessus du détroit supérieur et vint proéminer à l'hypogastre, où elle fut immédiatement maintenue à l'aide d'un pessaire en bilboquet et d'un bandage en T. »

Cette manœuvre nécessita un effort que l'auteur estime équivaloir à environ dix ou quinze kilogrammes ; elle fut pratiquée sans le secours du chloroforme et ne détermina qu'une douleur très-modérée. Une injection hypodermique (à la morphine, je suppose) fut ensuite pratiquée ; puis, dans le but de s'assurer de l'état des reins, on éprouva l'urine, qui fut reconnue exempte d'albumine.

Le lendemain, MM. Hüe et Le Brument revirent la malade ; la nuit avait été bonne et la température ne s'était pas élevée ; le pouls atteignait à peine 100 à la minute. Il fut prescrit 40 grammes d'huile de ricin, et la débâcle s'opéra pendant plusieurs jours. Aucune menace de péritonite ne se produisit ; enfin, grâce au maintien de la tumeur au-dessus du petit bassin, tous les accidents disparurent avec une rapidité inespérée. Le 8 avril, la patiente se trouvait, en effet, dans l'état le plus satisfaisant, et l'embonpoint qu'elle avait recouvré la rendait presque méconnaissable.

Je dois ajouter encore que, pour s'opposer au retour de la masse morbide dans l'excavation pelvienne, M. Hüe conseille l'usage do l'instrument que voici, et qui n'est autre qu'une modification ingénieuse du pessaire en bilboquet.

Tel est, en substance, le premier fait clinique relaté avec détail par notre confrère de Rouen. De quelque façon qu'on l'envisage, il présente un réel intérêt ; toutefois, je regrette que les caractères de la tumeur n'aient pas été mieux précisés. Cette dernière est-elle bien un fibroïde de la matrice ? On peut dire que rien ne le démontre. Une masse morbide, siégeant dans l'un des ovaires, répondrait d'une manière aussi exacte à la description qui nous est donnée. Notons, d'ailleurs, que les accidents signalés résultent

plutôt d'une obstruction fécale de l'intestin que d'une occlusion complète qui serait la conséquence d'une compression. La malade, en effet, n'était pas affectée de vomissement et, de plus, elle était devenue une mangeuse d'opium. Or, tout le monde connaît l'action remarquablement constipante de cette dernière substance. Qu'il s'agisse d'une tumeur utérine ou ovarienne, le cas en question doit donc être classé parmi ceux qui me faisaient dire dans un rapport antérieur : « L'aplatissement que détermine la tumeur dans les parois du rectum est loin de suffire toujours pour mettre un obstacle absolu à l'excrétion des matières ; néanmoins, l'occlusion peut survenir si, à cette cause, s'en ajoutent d'autres, telles que la dureté et l'accumulation des *fèces*, les adhérences anciennes ou les perforations ulcéreuses qui paralysent les mouvements de l'intestin. » (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, p. 482.)

Obs. II. Dans la seconde observation, il s'agit d'une veuve de 47 ans, mère de deux enfants, qui depuis trois ou quatre ans était sujette à des constipations opiniâtres, fréquemment suivies de diarrhées cholériformes. Ses règles étaient habituellement fort douloureuses, et des troubles notables existaient du côté de la miction.

Depuis quelques mois, ces divers symptômes s'étant encore aggravés, la malade ne pouvait plus faire une promenade de cinq minutes sans être tourmentée par le besoin d'uriner, et souvent elle n'avait conscience ni du commencement, ni de la fin de l'émission. L'urine contenait, d'ailleurs, une faible proportion d'albumine. L'exonération de l'intestin ne s'opérait plus qu'à force de purgatifs et les matières étaient expulsées sous la forme de petites boules très-dures. De temps en temps il survenait du ballonnement de l'abdomen, des nausées et des vomissements. La patiente n'osait plus satisfaire sa faim de peur d'augmenter les résidus intestinaux ; elle présentait une teinte jaunâtre de la peau et une décoloration des muqueuses, qui indiquaient un état d'anémie profonde.

C'est dans ces conditions que M. Hüe fut appelé, par M. Le Brument, à examiner la malade. Notre confrère constata alors l'existence d'une tumeur solide, indolente, ayant le volume d'un utérus à cinq mois de gestation, et qui s'élevait du petit bassin jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'excavation pelvienne était remplie par cette tumeur d'une dureté fibreuse, qui réduisait le canal du vagin à une longueur de quelques centimètres, en même temps qu'elle effaçait complétement son cul-de-sac antérieur. Le col utérin, rejeté en arrière, proéminait sur la masse morbide, dont il semblait faire partie, et rappelait, par sa disposition, ce que l'on rencontre fréquemment au début de la parturition quand, pour atteindre cet organe, on est obligé de contourner la tête fœtale déjà engagée. Cette tumeur avait manifestement d'étroits rapports avec l'utérus et elle se montrait douée d'une faible mobilité. Enfin, le rectum était tellement aplati par la masse morbide, que le doigt introduit dans sa cavité ne pouvait pénétrer au delà de l'obstacle.

M. Hüe ayant disposé la malade comme dans le cas de la précédente observation parvint à l'aide de deux doigts portés, tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, à ébranler la tumeur intra-pelvienne, puis à la repousser peu à peu jusque dans la grande cavité de l'abdomen. Aussitôt, un support fut introduit dans le vagin, et la masse morbide se trouva ainsi maintenue au-dessus du petit bassin. La malade, qui avait très-peu souffert de la manœuvre, se déclara sur l'heure être allégée d'un grand poids. On lui prescrivit le repos au lit et 30 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, son état était des plus satisfaisants; elle avait rendu des gaz et des matières fécales en abondance ; un intervalle de quatre heures s'était écoulé entre chaque miction ; bref! la santé continua de s'améliorer jusqu'à complet rétablissement.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le résultat de la manœuvre a donc été remarquablement heureux, et notre confrère mérite des éloges pour sa perspicacité à saisir la véritable indication, de même que pour son habileté à la bien remplir. C'est, d'ailleurs, par la relation de ce second fait que M. Hüe termine son travail. Comme vous le voyez, j'avais raison de dire, en commençant, que celui-ci n'était en réalité qu'un *aperçu*, puisqu'il consiste simplement en une série d'observations dont deux sont personnelles à l'auteur.

Je vous ai fait connaître la manœuvre employée par M. Hüe pour opérer le refoulement des tumeurs. Permettez-moi de vous indiquer encore le mode opératoire suivi, dans un cas analogue, par le Dr George Kidd, de Dublin. Vous remarquerez que ce procédé fut pareillement des plus efficaces. Voici la relation de l'accoucheur anglais, telle que je la trouve consignée dans un *Extrait du journal des sciences médicales de Dublin, août* 1872[1].

Obs. III. — A. D..., célibataire, âgée d'environ 45 ans, se présenta à la consultation de l'hôpital Coombe, en janvier 1871. Elle nous apprit que, pendant les cinq derniers mois, elle avait fréquemment souffert d'une rétention d'urine et que, cinq fois, on avait dû la sonder. En l'examinant, nous trouvâmes une tumeur fibreuse qui émanait de la paroi postérieure de l'utérus, siégeait dans la concavité du sacrum et repoussait la matrice contre le col de la vessie. La tumeur se trouvait fixée dans cette position. Je tentai d'abord de la mobiliser avec la main, en pressant sur elle à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin. A cette fin, je plaçai la femme sur les genoux et les coudes ; mais je ne pus provoquer aucun déplacement.

Alors, je recourus à la méthode suivante. J'introduisis dans le rectum un des sacs de caoutchouc de Barnes, puis je poussai de l'eau dans cette poche au moyen d'une seringue. Comme je distendais le sac,

[1] Cet *Extrait* forme une brochure in-8° de 17 pages, intitulée : *On fibrous Tumours of the Uterus*, August. 1872.

celui-ci éleva graduellement la tumeur au-dessus du détroit abdominal et permit au col utérin de reprendre, en s'abaissant, sa position normale. Je retirai alors le sac et plaçai dans le vagin l'un des pessaires de Hodge. Le lendemain, la malade se plaignit de sentir dans le ventre une tumeur qu'elle n'avait pas auparavant.

J'ai revu souvent cette femme, la dernière fois le 29 janvier de cette année, c'est-à-dire un an et quelques jours après l'élévation de sa tumeur dans l'abdomen. Celle-ci était restée au-dessus de l'excavation pelvienne, et la malade n'avait plus éprouvé, depuis lors, de difficulté à uriner.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, le Dr Kidd déclare avoir vu « un nombre très-considérable de cas du même genre ; » puis il reproduit cette remarque du Dr Charles Johnson, à savoir : « que l'obstruction *permanente* du rectum n'aurait jamais été signalée comme la conséquence de la pression d'une tumeur fibreuse. » Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de cette assertion ; les faits produits devant la Société de chirurgie ont suffisamment démontré qu'elle est erronée. Mais il convient de reconnaître que les exemples de tel accident sont réellement très-rares.

La même brochure renferme encore la relation d'un autre fait des plus importants, puisqu'il s'agit d'un fibroïde utérin volumineux qui, après avoir provoqué une série de complications, aboutit à une disparition complète, ainsi que j'en ai publié moi-même un cas remarquable en 1872[1]. J'extrais de l'observation du Dr Kidd le passage relatif aux accidents de compression, le seul point qui présentement soit en cause.

Obs. IV.—La malade, célibataire, portait dans l'abdomen une tumeur qui, en 1852, avait à peu près le volume d'un œuf d'oie. Une seconde tumeur se développa bientôt dans le voisinage de la première. Toutes deux s'accrurent, et le ventre prenant de l'expansion semblait être occupé par une seule masse morbide. En 1859, il était aussi développé que dans le 7e ou le 8e mois de la grossesse. De plus, à l'aide du doigt introduit dans le vagin, on pouvait sentir une portion de la tumeur, qui siégeait derrière l'utérus et le repoussait en haut et en avant. L'attention fut attirée sur ce point par la patiente elle-même, à cause de la difficulté croissante qu'elle éprouvait à prendre des lavements.

En 1861, le Dr Churchill vit cette dame. La portion inférieure de la tumeur, qui était dure comme de la pierre, avait pris un tel développement qu'elle avait rejeté l'utérus tout à fait en dehors de l'atteinte du doigt. La région supérieure de l'excavation pelvienne se trouvait remplie par une grosse masse solide, si fortement enclavée dans le pelvis, qu'on ne pouvait lui faire subir aucun mouvement. D'une autre

[1] Guéniot, *Mém. sur la guérison, par résorption, des tum. dites fibreuses de l'utérus*. Broch. in-8°, mars 1872.

part, elle s'élevait dans l'abdomen jusqu'à mi-distance entre l'ombilic et le cartilage xiphoïde. La constipation et la difficulté des évacuations intestinales continuaient comme par le passé...; la menstruation restait régulière quant à la durée et à la quantité, mais elle était très-douloureuse. Toutefois, la plus grande source de plaintes chez la patiente provenait d'une douleur excessive, siégeant le long du grand nerf sciatique droit. Le Dr Churchill conseilla l'usage d'un pessaire à air fortement gonflé, afin de détourner du plexus sacré la pression de la tumeur et d'élever celle-ci graduellement au-dessus du rectum. Ce moyen fut employé pendant quelques mois et procura un soulagement considérable.

La malade alla ensuite habiter le comté de Wexford, et ce fut le Dr Isdell qui lui donna des soins. Ce confrère m'écrivit que le fibroïde recouvrait si étroitement le pelvis qu'il craignait de voir bientôt la défécation devenir impossible. Cette dernière crainte, cependant, ne se réalisa pas, car la malade finit par guérir. En 1867, le volume de la tumeur se trouvait, en effet, extrêmement réduit et, en 1872, le Dr Kidd jugeait que la résorption était devenue complète.

Maintenant si, pour en dégager un enseignement utile, nous jetons un coup-d'œil d'ensemble sur les observations jusqu'ici connues, voici les points qui me semblent clairement en ressortir et que l'on peut considérer, au moins provisoirement, comme étant acquis à la science :

1° L'occlusion complète et permanente de l'intestin, due à la compression des fibroïdes utérins, est un accident heureusement rès-rare ; mais les troubles plus ou moins profonds qu'engendre cette même cause, soit dans les fonctions des nerfs intra-pelviens, soit dans l'excrétion des urines et des matières intestinales, paraissent être, au contraire, assez communs ;

2° L'albuminurie et certaines altérations graves des reins sont quelquefois la conséquence de cette entrave apportée à l'excrétion urinaire ;

3° Les fibroïdes les plus redoutables, au point de vue de la compression, ne sont pas ceux qui offrent les plus grandes dimensions; les tumeurs particulièrement dangereuses sous ce rapport sont celles qui, occupant l'excavation pelvienne, se développent dans cette enceinte osseuse sans s'élever dans la grande cavité de l'abdomen ;

4° Dans les cas de compression du rectum, la gravité des accidents n'est pas toujours due à cette unique cause ; souvent d'autres causes, quoique secondaires, concourent pour une large part à leur intensité. Ces dernières sont : la dureté et l'accumulation des fèces, la péritonite et les brides péritonéales, les ulcérations de l'intestin, l'atonie de ce dernier par l'usage des opiacés, etc.;

5° Enfin, la thérapeutique de ces accidents, jusqu'ici constam-

ment impuissante lorsqu'on a dû recourir à l'entérotomie, s'est montrée au contraire très-efficace toutes les fois que la tumeur a pu être refoulée au-dessus du petit bassin.

Messieurs, pour clore ce rapport, permettez moi de revenir en quelques mots sur le mémoire de M. Hüe. Je crois vous avoir montré que ce travail réalise son objet, qui est de rappeler les diverses observations publiées en France, et de relater avec détail deux faits particuliers à l'auteur. Malgré quelques lacunes et plusieurs passages dont la rédaction indique une certaine jeunesse de plume, ces observations témoignent d'un esprit droit et ingénieux, dont les efforts méritent d'être encouragés. En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication ; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

Discussion.

M. Trélat ne croit pas qu'il soit prudent d'exercer par le rectum un effort de 10 à 15 kilogrammes, dans le but de faire remonter la tumeur au-dessus du détroit supérieur.

M. Guéniot pense, au contraire, que cet effort n'offre rien d'excessif ; on peut s'en faire une idée en déplaçant un corps de même poids.

M. Hervez de Chégoin fait remarquer que souvent un renversement de la matrice augmentée de volume a été pris pour une tumeur fibreuse.

M. Polaillon, dans un cas, a déployé une force d'environ 10 kilogrammes pour repousser la tumeur dans l'abdomen.

M. Guéniot. L'erreur signalée par M. Hervez de Chégoin a pu être commise. Mais dans les cas relatés, le volume de la tumeur et sa dureté ont rendu toute méprise impossible.

M. Depaul. Les cas d'enclavement de tumeurs fibroïdes de l'utérus sont tellement rares que les quatorze cas réunis par M. Hüe constituent un chiffre énorme. Quand on se propose d'opérer la réduction, il faut distinguer s'il existe ou non un pédicule ; mais c'est là précisément la difficulté la plus grande. Dans le premier cas, la tumeur peut bien être refoulée ; mais comment arriver au même résultat si elle s'insère par une large base ? Et alors des efforts de 20 à 30 livres ne peuvent-ils pas déterminer des accidents graves ?

M. Guéniot. Les quatorze faits de M. Hüe sont bien authentiques; plusieurs ont été publiés dans les bulletins de la Société anatomi-

que, et il a été constaté qu'il existait une compression des uretères ou de l'intestin. L'obstruction complète de ce dernier est rare; mais les accidents, pour être moins graves, n'en troublent pas moins la santé au point d'entraîner la mort. Dans les cas de tumeur sessile, pourquoi, dira-t-on, s'acharner à refouler la tumeur? Si l'absence de pédicule était démontrée, il est certain que les chances de succès seraient bien diminuées. Mais combien de fois n'a-t-on pas trouvé, à l'autopsie, un pédicule méconnu pendant la vie et qui eût permis de remédier aux accidents ?

M. Paulet présente un rapport verbal: 1° sur l'observation suivante de M. Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et dont l'insertion au Bulletin est votée.

Empyème : ouverture spontanée; guérison temporaire à la suite d'injections. — Récidive : drainage, hémorrhagie, résection de deux côtes, tamponnement de la cavité thoracique droite, guérison.

Obs. — F. Salomon, 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 28 novembre 1872.

Il avait un abcès au poumon droit, disait-il. Cet abcès s'était ouvert spontanément, le 16 mars précédent et n'avait cessé de donner du pus.

Orifice très-étroit, situé dans le 7e espace intercostal droit, à 3 centimètres en dehors d'une ligne verticale passant par le mamelon. Une sonde introduite par cet orifice conduisait dans une grande cavité qui occupait toute la région thoracique droite. Cette cavité était pleine de pus; la matité thoracique remontait jusqu'au voisinage de la clavicule.

Débridement de l'orifice ; lavages détersifs, deux fois par jour, d'abord avec de l'eau tiède, puis, un mois après, avec moitié eau, moitié teinture d'iode, enfin avec l'iode pur. Ces injections iodées furent continuées 5 mois consécutifs. Toniques et altérants, viandes, vin de Bordeaux, huile de morue, noyer, café, quina, etc.

La cavité abcédée diminua graduellement d'étendue ; le pus devint moins abondant et la respiration qui, au début, ne s'entendait qu'à l'état de souffle tout à fait au sommet, devint perceptible dans la moitié supérieure du poumon. Après huit mois de traitement, guérison complète de la fistule. Etat général très-bon ; matité assez accusée encore à la base thoracique droite.

La guérison se maintint 3 mois.

Au commencement du 4e mois des douleurs se firent sentir dans l'épaule droite, la respiration redevint gênée, l'appétit se perdit. Trois semaines plus tard, une espèce de furoncle, dit le malade, se forma au lieu de l'ancienne fistule. Celle-ci s'ouvrit de nouveau et le pus se mit à couler comme autrefois.

3 décembre 1873, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu. Fistule très-étroite

cavité thoracique droite pleine de pus, matité absolue de tout ce côté du thorax, respiration soufflante au-dessous de la clavicule. Affaiblissement, accès de fièvre irrégulière.

Nouveau débridement de l'orifice et lavages à l'eau tiède ; puis, drainage de la base du thorax avec un tube qui, engagé d'abord par la fistule, alla ressortir en arrière de la base thoracique droite; irrigations d'eau alcoolisée tiède.

Le 29 décembre, 20 jours après le drainage, hémorrhagie par le trajet fistuleux, légère d'abord, puis de plus en plus accusée les jours suivants (Eau de Pagliari en injection, hémostatiques généraux employés sans succès). Le 8e jour de sa durée, l'hémorragie avait produit un tel état d'affaissement du malade, que je redoutais une terminaison fatale prochaine.

Opération. — Après avoir anesthésié le malade, je fis sur le 7e espace intercostal droit une incision partant de l'orifice antérieur du trajet fistuleux, se prolongeant dans cet espace dans l'étendue de 7 centimètres et pénétrant d'emblée dans la cavité thoracique, qui se trouve ainsi largement ouverte. En soulevant la lèvre supérieure de l'incision, j'arrive vite au bord inférieur de la 7e côte, que je dénude, à l'aide d'une rugine, sur ses deux faces et ses deux bords, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Par deux coups de cisaille de Liston, je fais sauter un fragment de 4 centimètres de cette côte. De même, je dénude rapidement la 8e côte et j'en resèque un fragment à peu près égal en longueur au précédent. Un filet nerveux flottant dans la plaie est excisé.

A travers la large fenêtre ainsi créée à la paroi costale, le regard plongeait et apercevait la face supérieure du diaphragme s'abaissant et s'élevant successivement. Deux doigts, introduits et profondément enfoncés, appréciaient les limites de cette excavation : elles étaient, à droite, en avant et en arrière, la surface interne de la cage thoracique; en dedans, la colonne vertébrale, et, plaquée sur elle, une petite masse molle, aplatie, qui représentait le poumon; en bas, la surface diaphragmatique.

Cette exploration ne m'apprit nullement le point précis de l'hémorrhagie. Je continuais à croire qu'elle résultait de déchirures capillaires, ou de petits vaisseaux plus gros, dispersés en divers points de la surface suppurée. Cette idée me conduisit à pratiquer le tamponnement exact de la cavité. J'y introduisis donc successivement de nombreux bourdonnets de charpie sèche, tous volumineux et réunis en queue de cerf-volant par un fil. Il en entra 80. La cavité complétement remplie, je recouvris la plaie extérieure par un simple pansement à l'huile d'eucalyptus, et je le soutins avec une couche épaisse de coton cardé.

Le malade garda, tout le jour, un état dépressif considérable; le pouls resta petit, rapide, filiforme. (Bouillon, potion cordiale. Potion calmante la nuit.)

7 janvier. — Le malade a dormi quelques heures ; pouls relevé, pas la moindre souillure de sang au pansement.

8 janvier. — Extraction successive des bourdonnets. L'hémorrhagie ne reparaît pas. Fièvre assez vive, élévation de la température.

La suppuration de toute la cavité, abondante d'abord, puis plus liée et crémeuse. Diminution graduelle. Retour de l'appétit et des forces. Le rapprochement des lèvres de la plaie s'opérait avec assez de rapidité et de force pour m'obliger à la maintenir béante au moyen de deux plaques de plomb étalées chacune en gouttière, l'une sur le bord supérieur, l'autre sur le bord inférieur de la solution de continuité. Des injections détersives d'abord, aiguisées ensuite soit d'alcool, soit de teinture d'iode, aidèrent le travail de réparation.

Dans le mois d'août, la suppuration ne mesurait plus, en quantité, que la valeur d'une cuillerée à bouche. Le trajet fistuleux était encore profond de 7 à 8 centimètres, mais ne conduisait pas dans une cavité. Injections iodées, puis cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

Au mois de novembre 1874, la fistule ne donne plus qu'une cuillerée à café par jour d'un liquide séreux. Le côté droit thoracique est sonore dans plus de sa moitié supérieure ; la base reste mate, avec bruit fêlé quand on percute sur le trajet fistuleux. Le poumon respire dans plus de la moitié supérieure de sa loge ; son souffle est dur. A la base, on ne l'entend plus. Le côté thoracique malade est considérablement aplati, rétréci et déformé, ce qui donne à la ligne cirsométrique générale du thorax une configuration de triangle à base arrondie tournée du côté sain, à sommet mousse du côté malade. On remarque sur ce côté rétréci un rapprochement, un tassement, une rétraction, plus accusés du côté de la perte de substance ancienne du thorax et qui est aujourd'hui à peu près comblée. La puissance rétractile du tissu cicatriciel attire ainsi, vers ce point, toutes les parties voisines, molles et résistantes. Etat général excellent, embonpoint et forces accrus. Le trajet fistuleux tend à se cicatriser.

J'ai tenu à signaler ce fait :

1° Parce que c'est un exemple d'une première guérison obtenue par l'emploi de la méthode ordinaire des injections iodées ; mais cette guérison n'a pas été de longue durée ;

2° C'est un fait qui établit l'innocuité et l'avantage, dans des cas spéciaux, d'un tamponnement de la moitié de la cavité thoracique, pratique qui n'est pas très-commune ;

3° La formation, par résection des côtes, d'une fenêtre à la paroi thoracique (fénestration) a, dans cette circonstance, non-seulement favorisé le libre écoulement du pus et facilité les injections détersives ou autres, mais encore elle a aidé au rapprochement des parois de la cavité purulente, en rétractant fortement à ce niveau la paroi costale.

A ce dernier point de vue, cette pratique est un acheminement dans la voie où conduit l'idée de la mobilisation des parois thoraciques en pareilles circonstances ; nul doute que si cette mobilisation était possible sans trop de danger, soit par fracture, soit par section des côtes, elle ne permît un accolement plus facile des parois du foyer purulent, qui ne seraient plus alors maintenues

absolument écartées l'une de l'autre. La paroi thoracique, devenue souple, s'affaisserait et irait à la rencontre de la surface du poumon, tendant lui-même à se dilater, sans cependant le faire assez pour remplir entièrement la loge thoracique.

En appelant l'attention de la Société de chirurgie sur les différentes circonstances de cette observation et en adressant à l'auteur des éloges mérités, le rapporteur croit cependant devoir faire quelques réserves sur l'utilité que peut avoir eue la résection des côtes relativement au résultat final. Les mêmes réserves sont évidemment applicables à la mobilisation chirurgicale de la paroi thoracique proposée par M. Letiévant pour faciliter la guérison d'un foyer purulent intra-pleural.

M. Tillaux s'associe aux réserves exprimées par le rapporteur relativement à l'idée de briser les côtes pour en favoriser le rapprochement.

2° Sur une observation, envoyée par M. Brousson, de Nîmes, et relative à des

Calculs de la vésicule biliaire.

Obs. — Mme Bancel, 42 ans, mariée à 28 ans ; 8 enfants, dont 4 vivants et bien portants, le dernier âgé de 3 ans. Grossesses ordinaires, accouchements faciles; réglée à 18 ans, pas de maladie antérieure; constipation habituelle, surtout depuis deux ans.

Tempérament lymphatique, maigre.

Conditions sociales bonnes.

Hernie inguinale droite en 1873, réduite sans trop de difficulté.

15 novembre 1874.—Je trouve Mme B... au lit; la langue est blanche, le ventre tendu, très-douloureux, constipation depuis quatre jours, fièvre légère. (Lavement purgatif: deux selles abondantes.)

16 novembre.—Le ventre est moins tendu ; on sent dans tout le côté droit un empâtement général et vers le milieu de ce côté une tumeur très-dure de la grosseur d'une tête d'enfant à terme, dont le centre serait juste au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'empâtement s'étend surtout en haut, en dehors et en bas, vers l'arcade crurale (repos au lit, frictions d'onguent mercuriel belladoné, cataplasmes, lavements).

Les jours suivants, un mieux relatif.

20 novembre.—Appelé en toute hâte,je trouve, vers sept heures du soir, Mme B... sur la fin d'un violent accès de fièvre, avec frisson, claquement des dents et transpiration (sulfate de quinine).

21-22 novembre. — Pas de nouveaux accès ; mais le soir, frissons, pouls de 105 à 110, température vers 39°, amaigrissement, teint pâle, un peu jaune (mais non ictérique), langue sèche, peau humide.

Je sens distinctement la tumeur dans le côté droit du ventre. Je crois avoir affaire à une ovarite suppurée, avec menace d'intoxication putride.

23 novembre. — Application de quinze sangsues sur la tumeur.

24-25-26 novembre. — L'empâtement a diminué, mais la tumeur est toujours la même.

27 novembre. — Dix sangsues.

28-29-30 novembre.—Mme B... maigrit toujours, elle n'a plus d'appétit, frissons tous les soirs. (Sulfate de quinine et extrait de quinquina.)

L'état devenant de plus en plus inquiétant, je réclame une intervention plus active et immédiate.

3 décembre.—De concert avec le Dr Mazel, je me propose d'appliquer au centre de cette tumeur une large couche de pâte de Vienne, d'arriver ainsi jusqu'à l'aponévrose, de nous rendre un compte plus exact de cette tumeur, d'y faire une ponction exploratrice et de nous guider suivant les circonstances.

4 décembre.— Je fais sur le milieu de la tumeur, juste au milieu d'une ligne qui irait de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, une première application de caustique, de l'étendue d'un écu de cinq francs; je laisse la pâte une heure.

5 décembre.— J'incise l'eschare, qui a un millimètre environ d'épaisseur et fais une nouvelle application de 45 minutes.

6 décembre.—J'enlève le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose. Sous l'aponévrose, je sens la tumeur très-dure qui vient butter contre elle, mais n'y adhère pas.

7 décembre. — Je fais une ponction avec l'aiguille-trocart de la seringue de Pravaz, et j'aspire une demi-seringue de sérosité purulente. L'aiguille étant remplacée par un trocart à hydrocèle, il ne s'écoule que quelques gouttes de cette même sérosité. Injections d'eau tiède, qui ressort à peu près pure. Pensant avoir affaire à un kyste multiloculaire, nous décidons de continuer les applications de caustique. Depuis ces applications de pâte de Vienne, l'état général est moins mauvais : la malade mange davantage et dort un peu; selles et urines normales.

Du 7 au 16 décembre. — Tous les matins j'applique une nouvelle couche de caustique ; l'aponévrose est très-dure à traverser. Ces applications sont très-douloureuses et ne peuvent être prolongées au delà de dix minutes.

17 décembre.—J'aperçois enfin la tumeur au fond du trajet; elle a un aspect nacré, tomenteux ; elle est très-dure au toucher.

18 décembre.—Je forme un cylindre avec une carte de visite; je l'introduis dans ce trajet et je la bourre de pâte de Vienne. Peu à peu je sens la tumeur céder et mon cylindre s'enfoncer. Douleur à peu près nulle. Au bout de 40 minutes, la tumeur est ouverte, car le cylindre s'enfonce tout d'un coup ; je l'enlève et il sort un peu de sang, du pus et le même liquide blanc et sirupeux, deux verres à liqueur environ. (Injections d'eau tiède.)

19 décembre.—Une sonde de femme introduite dans la plaie fait entendre un bruit sec, semblable à celui que j'aurais produit en frappant avec cette sonde sur une mince planchette de bois ou d'ivoire.

Du 20 au 28 décembre. — Dilatation du trajet avec un long cylindre d'éponge préparée à la ficelle, que je laissais une heure en place. Le

même liquide blanchâtre s'échappait chaque fois en assez grande quantité.

29 décembre.—Après plusieurs tentatives infructueuses, une pince à pansement ramène un petit fragment, que je reconnais provenir d'un calcul biliaire, car il brûle à la flamme.

Du 30 au 8 janvier suivant.—Je retire de la même manière de nombreux fragments analogues, puis des calculs entiers. (Injections d'eau dans la cavité.)

Du 8 au 11. — Ni avec la sonde, ni avec les pinces, je ne sens plus rien dans cette poche. (Injections de vin alcoolisé, d'alcool, de teinture d'iode.) Etat général satisfaisant. Après les séances la malade se lève et se promène.

16 janvier. — En explorant l'intérieur de cette tumeur avec la sonde, je trouve, en haut et en dedans, un petit pertuis dans lequel l'instrument pénètre sans pouvoir s'enfoncer, à cause de la direction du trajet. Une sonde d'homme, après plusieurs essais, y est engagée tout entière et révèle de nouveaux calculs.

4 février.— Abondantes injections d'eau tiède. Sur la sonde je glisse une longue sonde cannelée en argent, puis sur celle-ci, un tire-balles. Les jours suivants, extraction successive de nombreux fragments de calcul.

Le 12 mars, le dernier fragment ayant été extrait, le liquide blanchâtre qui sortait auparavant est remplacé par de la bile, quelquefois jaune, ordinairement vert porracée.

Le trajet ne tarda pas à se cicatriser complétement, et Mme B. est aujourd'hui mieux portante qu'antérieurement.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 14 juillet 1875.

Présidence de M. Honel.

Le procès-verbal de la précédence séance est lu et adopté après quelques rectifications.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Desprès proteste contre les reproches adressés par MM. Giraldès et Sée à la statistique sur laquelle il avait appuyé son argumentation. Les témoignages écrits, même incomplets, en un mot, une statistique mauvaise, vaut mieux, selon lui, que les souvenirs des chirurgiens, dont la manière de voir est plus ou moins inté-

ressée. Les mêmes reproches pourraient s'adresser à toute statistique, et il en résulterait qu'aucune ne serait admissible.

M. Giraldès répond que ce n'est pas la première fois que la statistique des hôpitaux est attaquée à la Société de chirurgie ; déjà M. Chassaignac a démontré qu'elle est inexacte. Je prétends qu'elle est mauvaise, faite avec des documents incomplets, inexacts. M. Desprès voudrait-il soutenir que toutes les fiches faites dans les hôpitaux sont irréprochables ? Il est des services où elles sont confiées à des élèves ou au premier venu. M. Husson lui-même a reconnu que les documents contenus dans les trois volumes qu'il a publiés sont de peu de valeur.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine, françaises et étrangères.

M. Larrey présente à la société, de la part de M. J. Béclard, l'*éloge de M. Cruveilhier*, et il offre à la bibliothèque une cinquantaine de thèses de chirurgie soutenues à la faculté de Paris.

Scrutin complémentaire pour la nomination d'une commission.

La commission chargée d'étudier la question des hôpitaux d'enfants et celle de la création de lits de nourrice dans les grands hôpitaux est complétée par la nomination au scrutin de MM. Giraldès et Sée.

Rapports.

M. Sée fait un rapport verbal sur une observation de *calcul du canal de Sténon*, envoyée par le Dr F. Paquet, de Roubaix. Conformément aux conclusions du rapporteur, cette observation sera insérée dans le *Bulletin*.

Calcul du canal de Sténon.

Le 20 octobre 1874, je fus appelé chez un ouvrier tisserand, d'une constitution robuste, âgé de cinquante-deux ans et demeurant aux Trois-Ponts, Roubaix. Il portait à la joue droite une tumeur qui

occupait les régions génienne et temporo-parotidienne ; les lèvres étaient œdématiées. Depuis plusieurs années, il était sujet à des abcès de la joue droite, qui jusqu'alors avaient disparu par un traitement approprié. Aujourd'hui, la tumeur était plus stable et ne diminuait pas de volume ; en outre la douleur devenait de plus en plus lancinante ; la tumeur était dure au toucher, le doigt laissait une empreinte lente à s'effacer ; rouge et chaude, rénitente et élastique, elle donnait lieu à une fluctuation profonde. Il y avait en même temps un état saburral prononcé et un appareil fébrile intense.

Explorant alors la partie interne de la joue, je trouvai au niveau de la 3[e] grosse molaire, l'orifice du canal de Sténon tuméfié, dur et ulcéré.

Je supposai d'abord qu'une molaire déviée pouvait avoir ulcéré la muqueuse et occasionné un phlegmon consécutif. J'introduisis une sonde cannelée pour agrandir l'orifice du canal de Sténon et donner issue à la suppuration.

Je sentis aussitôt l'instrument arrêté par un corps dur, rugueux, immobile, malgré les efforts que je faisais pour le détacher. Je me servis alors d'une curette, et bientôt sortit un corps pierreux qui n'était autre chose qu'un calcul salivaire. Cette élimination fut accompagnée de pus très-lié, au milieu duquel on pouvait distinguer des écheveaux de tissu cellulaire gangréné.

Je vidai la cavité de l'abcès, puis des lavages réitérés furent faits, d'abord avec de l'eau tiède puis avec une solution faible de teinture d'iode. Quelques jours après, le malade était en bonne voie de guérison ; les mouvements de la joue étaient libres ; les lèvres du côté droit étaient revenues à leur état normal.

Le calcul est d'un blanc sale, sans odeur ni saveur ; il est ovoïde, aplati sur lui-même ; une extrémité est plus grosse que l'autre.

Son poids est de 1 gramme et plusieurs centigrammes. Examinée au microscope, avec l'objectif n° 3, la poussière est composée de grains irréguliers et prismatiques.

La cause de la formation de ce calcul est peut-être due à une ulcération préalable de la muqueuse par une molaire déviée, à l'élargissement consécutif de l'embouchure du canal de Sténon et à l'introduction d'un corps étranger.

Il a été reconnu, en effet, qu'un corps étranger introduit dans un conduit d'humeur contenant des sels calcaires ou autres devient le noyau de ces concrétions calcaires ou magnésiennes.

La section du calcul est en faveur de cette opinion : en divisant le calcul, j'ai trouvé au centre une portion de grain de blé, autour duquel sont déposées des couches concentriques de calcaire.

Ce fait est intéressant, parce qu'il est inaccoutumé qu'un calcul salivaire qui obstruait depuis si longtemps le canal de Sténon n'ait

pas amené de fistule externe. Le sujet de cette observation a été revu sept mois après l'élimination du calcul, la parotide droite est un peu hypertrophiée.

M. Sée fait un autre rapport verbal sur une seconde observation du Dr Paquet, intitulée : *Chondrome péripelvien*. Cette observation sera déposée aux archives et des remercîments seront adressés à M. Paquet.

Communications.

M. Polaillon lit une note et présente une pièce relative à *une opération pratiquée pour un anus imperforé.*

Obs. — Enfant mâle né à la Maternité le 30 mai dernier, vers quatre heures du soir; bien développé et paraissant bien portant. Il présentait toutefois deux vices de conformation apparents, à savoir une absence du radius aux avant-bras avec des mains botes auxquelles il manquait le pouce et l'index, et une imperforation de l'anus.

Il n'existait, à la place de l'anus, aucune dépression tenant lieu de cet orifice. Il n'y avait non plus aucune saillie pouvant faire croire qu'une ampoule rectale distendue était située à une petite distance au-dessous de la peau.

Pendant la soirée, l'enfant essaya de téter à trois reprises; mais quelques minutes après chacune de ces tétées, il vomit une petite quantité de lait. Il urina sans difficulté, et l'urine qu'il rendit était claire et normale. J'appelle l'attention sur ce point, car on s'était aperçu que l'enfant rendait des gaz par l'urèthre, et on rechercha aussitôt si du méconium était mélangé avec l'urine. Il n'y en avait pas.

Le 31 mai, à 10 heures 1/2 du matin, je procédai au rétablissement de l'anus imperforé. Le ventre de l'enfant était assez considérablement tuméfié, et en pressant sur lui, je ne faisais pas bomber la région périnéale et je ne faisais rien sortir par l'urèthre. L'ampoule rectale devait donc être située à une assez grande hauteur au-dessus de la peau, et la communication avec la vessie ou l'urèthre devait être de fort petite dimension.

Une incision fut pratiquée sur la ligne médiane, depuis la racine des bourses jusqu'à la pointe du coccyx. Les couches anatomiques de la région ayant été incisées méthodiquement jusqu'à la profondeur d'un centimètre au moins, je détachai, avec la sonde cannelée, dans la profondeur de la plaie, le tissu cellulaire à la surface d'une couche de couleur un peu noirâtre, et qui me parut être l'ampoule rectale. Je fixai cette couche aux lèvres de la plaie par quatre points de suture avec des fils de soie, et je ponctionnai entre les sutures; mais rien ne sor-

tit. L'ampoule rectale devait être située plus haut. C'est alors que je me décidai à agrandir l'incision en arrière, en coupant le coccyx sur la ligne médiane avec des ciseaux, et à faire des recherches plus profondément. Je suis parvenu ainsi à une profondeur qui me parut être, sur le vivant, d'au moins trois centimètres. Malgré mes explorations, faites en introduisant profondément l'index dans le petit bassin, je ne trouvai pas l'ampoule rectale; rien ne faisait saillie dans le fond de la plaie, soit pendant les cris de l'enfant, soit pendant les pressions causées sur l'abdomen.

En introduisant un stylet d'argent dans le canal de l'urèthre, je parvins à le conduire jusque vers le sacrum et à le sentir très-distinctement dans le fond de la plaie, à travers une paroi peu épaisse de parties molles. En inclinant le stylet en haut, je faisais saillir cette paroi vers le périnée. Il était évident que la pointe du stylet était arrivée dans l'ampoule rectale, qui n'avait été reconnaissable jusqu'alors par aucune espèce de saillie. En poussant avec le stylet, vers le périnée, cette ampoule rectale, je la fixai à la peau par quatre nouveaux points de suture avec du fil de soie et j'incisai, entre les sutures, dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Immédiatement une petite quantité de gaz fit irruption, et l'on vit sortir non pas du méconium liquide, mais du méconium solide sous forme de boulettes arrondies, ressemblant beaucoup aux matières expulsées par les lapins. Trente à quarante boulettes furent ainsi expulsées une à une; du mucus épais et jaunâtre couvrait leur surface et les rendait glissantes.

Je fixai, par de nouveaux points de suture, la muqueuse à la peau.

Dans la journée, le petit opéré téta et avala quelques cuillerées de liquide; mais il vomissait aussitôt tout ce qu'il prenait. Quoique la respiration fût peu gênée, il rendait de temps en temps, par la bouche et les fosses nasales, une grande quantité de mucosités remplies de bulles d'air. Il n'alla pas à la garde-robe. Le soir, on lui administra un lavement qu'il rendit peu après, sans qu'aucune expulsion de méconium l'accompagnât.

Le 1er juin au matin, on lui fit avaler une cuillerée de sirop de chicorée : il la vomit. Il ne présentait aucun phénomène de péritonite. Il avait la peau cyanosée, sa température était abaissée. Il succomba dans l'après-midi du même jour.

A l'autopsie, on reconnut que la cause de la mort ne résidait pas dans l'opération que j'avais exécutée, mais dans un vice de conformation de l'œsophage. Ce conduit faisait suite au pharynx comme à l'ordinaire, mais se terminait en cul-de-sac à deux centimètres environ au-dessous de son origine. La trachée, normalement développée, présentait, un peu au-dessous de sa bifurcation, un orifice qui conduisait dans un canal communiquant avec l'estomac, et qui n'était autre que le bout inférieur de l'œsophage.

L'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin étaient normaux. Dans la dernière partie du tube digestif, on trouvait encore du méconium solide avec un peu de méconium liquide.

L'opération avait ouvert l'extrémité inférieure du rectum qui com-

muniquait largement avec l'incision du périnée. Il existait, en outre, comme on l'avait supposé pendant la vie de l'enfant, un étroit orifice qui établissait une communication entre la face antérieure du rectum et la région la plus postérieure du canal de l'urèthre. Cet orifice était

J'ai tenu à communiquer ce fait parce qu'il présente, au point de vue de l'opération et de ses résultats, plusieurs particularités intéressantes :

Il faut être bien prévenu que l'état solide et concret du méconium peut apporter de grandes hésitations dans la recherche de l'ampoule rectale. Cependant je n'ai pas trouvé que les auteurs aient signalé cette espèce de difficulté dans l'opération de l'anus imperforé.

Lorsque j'ai été obligé d'agrandir l'incision périnéale en arrière, il m'a semblé que l'incision du coccyx sur la ligne médiane avec des ciseaux était suffisante pour donner assez d'espace aux recherches de l'ampoule rectale, et que, dans un certain nombre de cas, tout au moins, on n'avait pas besoin de recourir à la résection de cet os (procédé de M. Verneuil). Or l'incision vaut mieux que la résection, parce qu'elle nécessite moins de délabrement que la résection, et qu'elle peut procurer la guérison à moins de frais.

Si notre petit opéré n'avait pas succombé à une malformation irrémédiable du conduit œsophagien, on peut se demander ce que serait devenue la communication entre le rectum et l'urèthre. Un fait récent de Samuel Thorn (*the Med. Record.*, New-York, 1er avril 1873) prouve que cette communication peut s'oblitérer spontanément. Ce chirurgien avait placé une sonde à demeure dans l'urèthre de son opéré. Le fait est important à connaître, car dans des cas analogues on pourra espérer un pareil succès.

Enfin, tous les auteurs insistent sur la nécessité de suturer exactement la paroi de l'ampoule rectale que l'on vient d'ouvrir, avec la peau de l'incision cutanée, sous peine de voir se développer des phlegmons et consécutivement une atrésie de l'anus nouvellement formé. Il faut évidemment suivre ce précepte toutes les fois que cela est possible. Mais, lorsque le cul-de-sac rectal est situé à quelque distance du périnée, il est presque impossible d'affronter exactement l'incision du rectum à celle de la peau, et le méconium souille, quoi qu'on fasse, la totalité ou une partie du canal sanglant qui a été pratiqué pour arriver jusqu'au rectum.

Des faits prouvent que, même dans ces cas, on ne doit pas désespérer du succès. L'auteur que j'ai cité tout à l'heure, Thorn, cite un cas dans lequel il ne fit aucune espèce de suture; il y eut néanmoins guérison. J'ai aussi obtenu une guérison dans une circons-

tance analogue. Il s'agissait d'une petite fille qui avait vécu jusqu'à l'âge de huit mois avec l'anus imperforé, le rectum communiquant avec le vagin par un petit pertuis. Comme elle avait des accidents de rétention des matières fécales, il devint nécessaire de l'opérer le 18 mars dernier, je fis plusieurs points de suture pour affronter aussi exactement que possible l'intestin à la peau ; mais l'intestin était situé trop haut pour que, même après décollement de ses parois, il pût descendre vers la peau. Les fils de soie tiraillaient les tissus et les coupèrent ; le trajet artificiel suppura. Mais des injections et des lavages souvent répétés préservèrent la plaie du contact trop longtemps prolongé avec les matières fécales, il n'y eut pas de phlegmon stercoral et la cicatrisation se fit. Cette petite malade conserve sa communication recto-vaginale qui sera oblitérée plus tard ; les matières fécales passent presque en totalité par l'anus de nouvelle formation.

Discussion.

M. Giraldès. La disposition du méconium en boulettes est un fait excessivement rare. Je ne l'ai jamais rencontré dans plus de cent opérations d'imperforation de l'anus que j'ai pratiquées. Je ne crois donc pas qu'il faille baser sur cette circonstance une indication qui viendrait s'ajouter à toutes celles que nous connaissons déjà. Pour ce qui est de la suture de la muqueuse intestinale avec la peau, elle devient très-difficile quand l'ampoule rectale est située très-haut, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, par exemple, et alors l'incision du coccyx conseillée par M. Verneuil la facilite beaucoup, en diminuant l'espace que cette muqueuse doit parcourir pour atteindre le tégument externe. La section sur la ligne médiane pratiquée par M. Polaillon n'offre pas les mêmes avantages. Quand la suture des deux membranes ne peut être pratiquée, huit fois sur dix la guérison amène des coarctations du trajet intermédiaire auxquelles il est difficile de remédier. C'est aussi ce qui a lieu lorsqu'une simple incision a suffi pour donner issue aux matières intestinales. Le rétrécissement augmente de plus en plus, au point que c'est à peine si, dans un cas, on pouvait introduire dans l'ouverture un stylet ordinaire.

Relativement à la communication du rectum avec les organes génito-urinaires, il ne faudrait pas se fier à cette oblitération spontanée qu'attend M. Polaillon. La preuve, c'est que j'ai opéré un enfant de deux ans chez lequel la communication persistait. Il y a même des observations d'adultes chez lesquels le rectum s'ouvrait dans le vagin; un fait semblable est rapporté dans l'édition de Boyer annotée par Ph. Boyer.

J'ai opéré un certain nombre d'imperforations du rectum compliquées de communication avec le vagin; la partie postérieure de ce dernier peut, dans ces cas, être prise pour l'ampoule rectale. Quand la communication a lieu avec l'urèthre, l'intestin se rétrécit à son extrémité inférieure et se termine en bec de canne: il n'existe pas d'ampoule, ce qui rend l'opération plus difficile. Souvent il y a d'autres vices de conformation concomitants, tels qu'une coarctation du gros intestin tout entier; l'ampoule se trouve alors plus haut.

M. Terrier se demande s'il eût été possible de diagnostiquer la lésion de l'œsophage et s'il peut être établi une relation entre l'état solide du méconium et cette lésion.

M. Desprès. N'y avait-il pas une seule goutte de liquide dans le cul-de-sac terminal?

M. Polaillon. Non; mais dans les parties supérieures de l'intestin, j'ai trouvé un peu de méconium liquide.

M. Desprès. J'ai observé et opéré un enfant chez lequel il y avait une communication du rectum imperforé avec l'urèthre ou la vessie, puisque le méconium était expulsé par le canal urinaire; j'eus recours au procédé ordinaire, sans résection du coccyx. Le petit opéré vécut quatre mois. Quinze jours après l'opération, il ne sortait plus par l'urèthre ni gaz, ni méconium, et à l'autopsie je ne trouvai aucune trace de la communication. Ce fait confirme l'opinion de M. Polaillon, d'après laquelle l'oblitération peut se faire spontanément.

M. Guéniot. M. Polaillon dit avoir introduit, par l'urèthre, une sonde dans l'orifice de communication; cette sonde pénétra dans l'ampoule et il incisa sur elle.

N'a-t-il pas craint d'ouvrir la vessie?

L'existence des matières fécales solides me paraît indépendante du vice de conformation de l'œsophage. Le fœtus n'avale pas de liquide amniotique, et la consistance du méconium ne peut dépendre que de l'état des produits de sécrétion qui sont versés dans l'intestin par le foie et les glandes du tube digestif, et de la résorption qui s'opère plus bas.

M. Polaillon. Il est certain que l'existence de matières fécales solides est un fait très-rare. Je reconnais aussi que si l'on ne réunit pas la muqueuse intestinale à la peau, on s'expose à des coarctations ultérieures, et qu'il faut opérer cette réunion toutes les fois

qu'elle est possible. Mais il est des cas où elle échoue ; on peut alors recourir à l'usage des moyens dilatants.

Il est difficile de prévoir, en opérant une imperforation du rectum, s'il existe en même temps une autre malformation. Néanmoins, il faut opérer chaque fois qu'on n'aura pas reconnu un vice de conformation rendant évidemment l'enfant non viable. Ceux qui affectent l'œsophage n'ont jamais été reconnus sur le vivant, sauf le cas de M. Périer. S'il y a des vomissements, on les attribue à l'imperforation anale, et l'on ne recherche pas s'il existe concomitamment une imperforation du pharynx, lésion très-rare, dont on n'a relaté que 8 ou 10 cas. Si l'enfant avait vécu, on aurait probablement cathétérisé l'œsophage et reconnu le vice de conformation. La communication avec les voies urinaires était facile à reconnaître, puisqu'il sortait des gaz par l'urèthre. Comme j'éprouvais beaucoup de difficulté à trouver l'ampoule, j'engageai un stylet dans l'urèthre ; la facilité avec laquelle l'extrémité de l'instrument arriva jusqu'au sacrum me fit penser qu'il avait pénétré dans le rectum; j'incisai donc sur lui, non sans hésitation, sachant bien que je risquais de produire un vrai cloaque. Mais je ne voyais rien autre chose à faire.

M. Giraldès est d'avis qu'il faut opérer ces vices de conformation le plus tôt possible pour avoir quelques chances de succès.

M. Desprès. Les enfants atteints d'imperforation de l'anus ne vomissent pas toujours. Cette circonstance que, dans l'observation de M. Polaillon, les liquides étaient rejetés une seconde après avoir été avalés, et l'absence de ballonnement pouvaient constituer des éléments de diagnostic.

M. Paulet. L'état solide du méconium est-il en rapport avec l'oblitération de l'œsophage? Non évidemment, puisque dans les autres cas de ce vice de conformation la même consistance du méconium n'a pas été observée.

M. Périer. Dans le cas que j'ai observé, l'enfant avait rendu son méconium, de consistance ordinaire.

M. Lucas-Championnière. Il y avait peu de ballonnement chez le petit malade de M. Polaillon. Mais il en est de même dans la majorité des cas, c'est ce qui fait qu'on attend souvent deux à trois jours avant d'opérer.

M. Giraldès. La communication avec la vessie est une circonstance qui rend les enfants plus aptes à vivre, puisqu'elle leur permet d'expulser les gaz.

M. Gillette communique une note sur *une anomalie du muscle jumeau interne de la jambe droite*,

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 21 juillet 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;*

2° Deux brochures imprimées, par le Dr Joseph English de Vienne, intitulées : 1° *Appareil plâtré en forme d'attelle;* 2° *Tamponnement des fosses nasales;*

3° *Le compte rendu du service du chirurgien-major de l'hôtel-Dieu de Lyon, de* 1869 *à* 1875, par le Dr Gayet;

4° Une note de M. le Dr A. Beauclair appelant l'attention de la Société sur une observation publiée par lui dans le *Montpellier médical* (mai 1872, t. XXVIII, p. 457). C'est la curieuse histoire d'un individu qui avala, après un joyeux dîner, *deux pièces de cinq francs en argent* qui parcoururent toutes les voies digestives et furent heureusement expulsées par l'anus;

5° L'observation suivante, communiquée par M. le Dr Eug. Bœckel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, membre correspondant.

Amputation ostéoplastique du pied, d'après le procédé de Le Fort. — Guérison.

Simon Becker, journalier, né à Sarrunion, entré à la salle 105 en janvier 1875 pour une affection du pied droit. C'est un homme encore robuste, malgré ses 67 ans; son affection remonte à une fracture du col du fémur qu'il a éprouvée en 1869. Traité à la clinique, dirigée alors par M. le professeur Rigaud, il en sortit guéri avec un raccourcissement de 5 centimètres de la jambe droite, à la suite duquel

il s'habitua à marcher sur la pointe du pied. Au bout de deux ans, un mal perforant, développé sous la tête du cinquième métatarsien, le força à rentrer à l'hôpital. L'articulation était ouverte, la tête cariée ; je lui fis l'amputation du métatarsien.

Deux ans plus tard, le mal perforant ayant attaqué le premier métatarsien, M. Jules Bœckel, chirurgien adjoint, lui pratiqua l'amputation de cet os. Nouvelle guérison momentanée ; mais aujourd'hui, il nous revient avec un mal perforant sous la tête du troisième métatarsien. Une ouverture taillée à pic, à bords calleux, donne issue à de la sanie et laisse arriver le stylet sur des os à nu. Tout le pied est fixé en position de varus équin, par suite de l'habitude que le malade a prise en premier lieu de marcher sur la pointe du pied à cause du raccourcissement, et ensuite sur le bord externe pour échapper à la douleur de l'ulcère. La santé générale est bonne et Becker réclame une opération radicale qui lui permette de nouveau de circuler.

En raison de la déviation du pied, on ne peut songer à aucune amputation partielle de cet organe ; d'autre part, considérant que le mal perforant, dans ce cas, paraît être produit par l'excès de pression sur la tête des métatarsiens et qu'il est infiniment probable que les téguments du talon supporteraient le poids du corps s'ils appuyaient largement sur le sol, je me décide pour l'amputation ostéoplastique du pied, d'après le nouveau procédé de Le Fort, qui a précisément l'avantage sur les procédés de Pirogoff ou de Syme de fournir une base de sustentation plus large.

L'opération est pratiquée le 11 février 1875 de la manière suivante : le malade étant chloroformé et l'appareil d'Esmarsch appliqué, on commence par la section du tendon d'Achille, pour tâcher de mobiliser le pied et de faciliter des manœuvres ultérieures, mais on obtient peu de résultat à cause de l'épaississement des tissus fibreux péri-articulaires. On enfonce alors un petit couteau à amputation à un centimètre en arrière de la pointe de la malléole externe ; on le dirige en demi-cercle sur le dos du pied en rasant cette apophyse, et on le ramène vers la plante en passant sur le milieu de la tubérosité du scaphoïde. Le couteau est ensuite reporté dans l'incision externe, à deux centimètres en avant de la malléole ; de là, on le fait descendre obliquement vers la plante, en passant sur la base du cinquième métatarsien ; enfin, on traverse transversalement la plante du pied en coupant toutes les parties molles jusqu'aux os. Le pied se trouve ainsi contourné par une large incision en raquette, dont la pointe est un peu en arrière de la malléole externe et dont les branches passent l'une sur la tubérosité du scaphoïde et l'autre en avant de la base du cinquième métatarsien.

Après avoir disséqué la lèvre supérieure de la plaie, on ouvre largement l'articulation tibio-tarsienne et l'on divise les ligaments dorsaux de la médio-tarsienne pour bien reconnaître les limites du calcanéum. Mais on laisse soigneusement l'avant-pied en rapport avec cet os jusqu'à la fin de l'opération, pour garder prise sur lui et pouvoir le fixer et l'attirer.

On essaye alors d'abattre la face articulaire du calcanéum sans désarticulation préalable de l'astragale. Mais, quoiqu'on se serve d'une scie à guichet de Larrey très-étroite, l'espace est trop restreint pour la manœuvre, à cause de l'ankylose antérieure. On suit donc le conseil de Le Fort et l'on extrait l'astragale ; puis, la scie à guichet est portée derrière la facette articulaire du calcanéum et pénètre d'abord verticalement en bas pour être ramenée ensuite horizontalement en avant. De cette façon, on enlève une tranche d'os plus épaisse en arrière qu'en avant. Elle mesure, du côté du tendon d'Achille, 11 millimètres, en avant seulement 7 millimètres. L'extrémité inférieure des os de la jambe est aussi abattue obliquement ; la plaque d'os mesure en avant 14 millimètres, en arrière 20 millimètres. Cette double section oblique a pour but de souder le calcanéum à angle droit sur les os de la jambe. Des essais sur le cadavre m'avaient montré qu'avec des sections perpendiculaires à l'axe des os, le calcanéum formait un angle aigu avec le tibia, et que son extrémité antérieure relevée aurait besoin d'un coussin en coin pour appuyer sur le sol.

L'opération étant ainsi achevée, on enlève le tube compresseur en caoutchouc et on lie trois artères qui donnent; mais sur beaucoup de points, il y a un suintement en nappe. En y projetant de l'eau froide et en y maintenant pendant quelques minutes des tampons d'eau de Pagliari, l'hémorrhagie semble arrêtée et l'on suture avec beaucoup de soin le lambeau ostéo-cutané qui s'adapte parfaitement à l'extrémité de la jambe. Deux tubes en caoutchouc sont placés dans les angles de la ligne de réunion et assurent l'écoulement des liquides. Enfin, une large bandelette de sparadrap et une gouttière plâtrée soutiennent le lambeau et l'empêchent de tirailler la cicatrice. Le moignon est recouvert d'un pansement simple et d'une vessie de glace.

12 février. — Le malade n'a pas trop souffert après l'opération ; mais un suintement sanguin continu et abondant a imbibé les pièces du pansement et même le lit. On injecte de l'eau de Pagliari par les tubes et l'on applique un bandage compressif recouvert de glace.

Point de fièvre, température un peu abaissée, n'atteignant pas 37°.

13 février. — Le suintement sanguin a continué malgré le pan-

sement; cependant l'opéré garde sa coloration et son pouls n'a pas notablement faibli. On entr'ouvre les deux côtés de la plaie pour retirer les caillots et introduire des boulettes imbibées d'eau hémostatique. On espère encore pouvoir conserver la réunion en avant. Compression et glace.

14 février. — L'hémorrhagie a continué depuis hier; ce matin, le malade est pâle, il se plaint de faiblesses et de vertiges et il devient urgent d'intervenir activement.

On se décide donc à désunir toute la plaie, ce qui exige déjà quelque force, et à rechercher la source du sang. On lie d'abord deux petites branches calcanéennes; mais sur plusieurs autres points, notamment sur la surface de section du calcanéum, il se produit une hémorrhagie en nappe assez abondante. L'eau de Pagliari ne suffisant pas pour l'arrêter, on est obligé de recourir au perchlorure de fer. Le reste du lambeau est tamponné avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée et le tout enveloppé de ouate et d'un bandage compressif.

On administre du vin chaud au malade pour le relever. Température 36°6.

A partir de ce moment, l'hémorrhagie s'arrête, mais le malade reste pendant plusieurs jours dans un état de prostration assez inquiétant: perte complète d'appétit, mouvement fébrile (39°5 le soir), toux fréquente avec signes d'engouement hypostatique de la base des poumons, surtout du côté droit. Suppuration abondante et fétide de la plaie, qu'on maintient ouverte et qui est pansée avec une solution d'hyposulfite de soude phéniquée. L'engouement pulmonaire est traité par les changements fréquents de position, les alcooliques et, localement, par des ventouses sèches et un vésicatoire.

A partir du 22 février, la température du soir ne dépasse plus guère 38°, les forces reviennent un peu, le poumon se dégage et la suppuration, tout en étant encore abondante, a perdu sa fétidité. La surface de la plaie, y compris la plus grande partie du calcanéum, commence à se couvrir de bourgeons charnus.

Le 26 février, après avoir ouvert l'avant-veille deux petits abcès dans les gaînes tendineuses, on rapproche le lambeau sans interposition de charpie et l'on refixe le calcanéum contre le tibia au moyen d'une large bandelette de sparadrap.

Le 1er mars, la bandelette est remplacée par une attelle plâtrée; du côté interne, le lambeau s'est déjà soudé dans l'espace de 3-4 centimètres. Le poumon ne présente plus d'engouement, mais il reste une bronchite avec expectoration abondante et facile. Bon appétit, point de fièvre.

Au commencement d'avril, on constate que le calcanéum ne pré-

sente plus que des mouvements très-peu étendus sur le tibia. L'état général est redevenu excellent et, vers les derniers jours du mois, la guérison est complète et le calcanéum solidement soudé aux os de la jambe.

On fait confectionner pour le malade une bottine cylindrique qui emboîte exactement le moignon; elle est rembourrée de façon à pallier le raccourcissement et munie de deux attelles qui montent jusqu'au-dessous du genou et lui donnent de la fixité. Le malade marche très-facilement avec cet appareil.

Le 15 juillet 1875, trois mois après la guérison, l'opéré se présente de nouveau au service et nous constatons ce qui suit : Becker marche parfaitement sans fatigue et sans claudication apparente. Sa bottine est rembourrée de 11 centimètres, qui représentent le raccourcissement total, dont 5 centimètres sont à mettre sur le compte de la fracture antérieure du col, et les 6 autres représentant la hauteur de l'astragale et du plateau tibial qui ont été enlevés.

La cicatrice est représentée par une ligne mince de 17 centimètres, protégée par les téguments de la plante qui forment un bourrelet saillant. Le calcanéum est complétement immobile sur les os de la jambe, et la calotte de peau qui le recouvre constitue une surface d'appui de 11 centimètres de long sur 9 centimètres de large, parfaitement matelassée.

Remarques. — Cette observation prouve que l'amputation ostéoplastique d'après Le Fort peut réussir même dans des conditions assez défavorables, puisque nous avons obtenu la soudure osseuse du calcanéum chez un homme de 67 ans, après suppuration du lambeau et malgré des complications d'hémorrhagie et de bronchopneumonie.

Quand on a le choix du procédé opératoire, l'amputation d'après Le Fort est supérieure à toutes les opérations parallèles, telles que l'amputation de Pirogoff, celle de Syme ou de Roux et la sous-astragalienne. Pour cette dernière, je dois tout de suite déclarer que je ne la juge que théoriquement et que je n'ai jamais eu l'occasion d'en voir les résultats. Mais il me paraît incontestable que le malade marchera mieux sur son talon naturel, comme c'est le cas, après l'opération de Le Fort, que si on emprunte les téguments du talon pour les appliquer sur l'astragale ou sur l'extrémité des os de la jambe.

Je suis d'ailleurs loin de méconnaître les avantages de l'amputation sous-astragalienne ou de la tibio-tarsienne, quand une autre opération n'est plus possible. J'ai pratiqué cinq fois la tibio-tarsienne, soit d'après le procédé de Syme ou celui de Roux ; l'un de mes malades a gardé des fistules, les quatre autres ont marché et

ont été revus plusieurs mois ou même des années plus tard. Celui qui marchait le mieux, et qui travaillait dans les champs avec son moignon, avait subi primitivement l'amputation de Pirogoff; mais, trouvant le bout du calcanéum malade, je l'avais énuclé séance tenante avec la rugine. Grâce au périoste laissé dans la plaie, la calotte du talon adhéra intimement à l'extrémité du tibia. Chez les autres, au contraire, les téguments du moignon gardèrent la mobilité sur les os, ce qui rend la marche moins assurée et expose la cicatrice à des tiraillements ; jamais cependant je ne l'ai vue s'ulcérer.

Reste la comparaison entre l'amputation ostéoplastique du pied d'après Le Fort, et celle d'après Pirogoff. Celle-ci coupe la moitié antérieure du calcanéum, l'autre le plateau supérieur ; de là aussi des indications un peu différentes. Quand on opère pour une carie du pied ayant atteint l'articulation médio-tarsienne, il vaudra mieux pratiquer l'amputation de Pirogoff, qui sacrifie la portion du calcanéum en contact avec les parties enflammées et suppurantes. Mais, sauf cette considération, l'opération de Le Fort est supérieure comme résultat définitif et devra être préférée toutes les fois qu'elle est possible. Elle donne une base de sustentation près de trois fois plus large et fait porter le poids du corps sur cette partie du talon qui le supporte d'ordinaire, tandis que l'opération de Pirogoff ne le fait peser que sur une petite surface de l'extrémité du talon. Dans mon cas, en particulier, le procédé de Pirogoff eût certainement exposé le malade à une récidive de son mal sous le talon.

Un dernier mot sur l'exécution de l'opération ; j'ai suivi presque rigoureusement la manière de faire de Le Fort (voy. *Gaz. hebdom.*, 1873, p. 714) et j'insisterai seulement sur la section oblique des os, telle que je l'ai indiquée dans mon observation, pour obtenir la soudure à angle droit du calcanéum sur le tibia. On n'a, en effet, qu'à considérer le squelette du pied pour voir que des sections perpendiculaires à l'axe des os amèneraient la soudure du calcanéum dans une position telle que son extrémité antérieure ne pourrait porter sur le sol à moins d'appareil prothétique, et l'on perdrait par là une partie des avantages de cette opération. Une autre recommandation, c'est de garder assez de téguments pour bien couvrir l'angle antérieur et externe du calcanéum. Enfin, l'application d'une gouttière plâtrée pour soutenir le lambeau ostéo-cutané me paraît aussi fort utile pour assurer la réunion.

M. Perrin. Ainsi que le fait observer M. Bœckel lui-même, le jugement qu'il porte sur l'amputation sous-astragalienne est purement théorique; mais les faits nous démontrent au contraire

qu'à la suite de cette dernière opération le nombre des succès est beaucoup plus considérable qu'après les opérations avec lambeau ostéoplastique; après les amputations de Pirogoff, par exemple, on peut dire que la guérison est l'exception; quand les malades ne meurent pas, ils conservent des fistules interminables et un moignon presque toujours impropre à la marche.

M. Larrey. J'ai constaté bien souvent, sur des invalides, que les amputations partielles du pied entraînent des déformations notables, quel qu'ait été le procédé suivi. D'ailleurs les inconvénients du procédé de Pirogoff ont été reconnus par l'auteur lui-même, qui a fini par y renoncer.

M. Desprès. Je m'associe entièrement à l'opinion exprimée par M. Perrin, et pour ce qui me concerne, toutes les amputations sous-astragaliennes que j'ai pratiquées ont été suivies de succès, tandis que le plus souvent, au contraire, les portions osseuses conservées dans les lambeaux entretiennent des fistules intarissables. A mon avis, si l'on avait suivi les opérés plus longtemps qu'on ne l'a fait, on aurait jugé moins favorablement les amputations avec lambeaux ostéoplastiques.

Rapports.

Anévrysme traité par la compression. — Plaies d'artères.

M. Lannelongue fait un rapport verbal sur deux mémoires manuscrits adressés à la Société par M. le Dr Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest.

Le premier de ces travaux contient des renseignements supplémentaires sur une observation antérieurement communiquée à la Société de chirurgie par M. Gallerand, médecin en chef de la marine, et publiée dans les bulletins de la Société (séance du 3 février 1875). M. Cras a suivi le malade pendant près de quatorze mois et il a dirigé les tentatives de compression soit mécanique, soit digitale qui ont été si longtemps prolongées, dans le but d'éviter une opération sanglante à laquelle il a fallu malheureusement recourir, en désespoir de cause, et qui a déterminé la mort du malade.

Le second travail de M. Cras est relatif à deux observations de plaies artérielles dans lesquelles, l'hémorrhagie étant déjà arrêtée depuis plusieurs heures, le chirurgien a cru néanmoins devoir faire la ligature du bout inférieur du vaisseau dans la plaie pour prévenir une hémorrhagie secondaire qui aurait pu ne pas survenir, mais qu'il considérait au moins comme probable. L'une des artères divisées était l'humérale, l'autre la tibiale antérieure.

En terminant son rapport, M. Lannelongue ajoute : J'admets volontiers, avec M. Cras et avec tous les chirurgiens, que l'on doive faire la ligature des deux bouts artériels dans la plaie lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie; mais, lorsque le sang est arrêté depuis plusieurs heures, la question est au moins discutable. Rien ne démontre qu'une hémorrhagie consécutive serait survenue chez les deux blessés de M. Cras, et d'ailleurs, si cet accident s'était produit, n'aurait-on pas eu largement le temps d'agir? Il est très-rare de voir les hémorrhagies secondaires survenir brusquement et d'une façon foudroyante ; elles sont en général précédées de plusieurs petites hémorrhagies préventives qui ont une signification précise pour un chirurgien expérimenté. Je me résume donc en disant qu'il faut lier dans la plaie les deux bouts d'une artère divisée : 1° lorsqu'il y a hémorrhagie immédiate; 2° lorsqu'après une hémostase plus ou moins longue, on se trouve en présence d'un suintement sanguin précurseur d'une hémorrhagie secondaire. En agissant autrement, en cherchant à lier une extrémité artérielle qui ne donne pas, on s'expose à faire des délabrements considérables, à ne pas trouver le vaisseau et l'on ajoute aux chances de l'accident primitif les dangers d'une nouvelle opération, toujours laborieuse et souvent inutile.

Discussion.

M. Blot. Je ne partage pas l'avis du rapporteur et, à l'appui de mon opinion, je ne citerai que le fait suivant dont j'ai été témoin. Un limonadier s'était ouvert l'arcade palmaire superficielle ; il en résulta une hémorrhagie qu'on ne put arrêter ni par la ligature de la radiale, ni par la ligature de la cubitale, ni même par celle de l'humérale, et le blessé succomba. L'autopsie nous fit voir que l'artère intérosseuse antérieure naissait beaucoup plus haut qu'à l'ordinaire et que, d'autre part, elle communiquait largement avec l'arcade artérielle divisée. Je dois ajouter toutefois que les deux cas rapportés par M. Cras me paraissent insuffisants pour établir les bases d'une thérapeutique chirurgicale : car, sur ces deux malades, il n'est pas démontré qu'on ait lié les deux bouts artériels ; il n'est même pas absolument certain que les artères eussent été lésées.

M. Verneuil. M. Lannelongue vient de soulever une question tout à fait particulière dans l'histoire des plaies vasculaires : une artère est blessée, une première hémostase a lieu, que doit faire le chirurgien? En pareil cas, je pense qu'il ne faut pas se départir de la règle générale. La ligature appliquée sur le bout cardiaque

du vaisseau est tellement illusoire, tellement incertaine, qu'il n'y a pas à hésiter. Pour ma part, lorsque je reçois un malade chez lequel une hémorrhagie artérielle a été tout d'abord arrêtée par la compression, je défais le pansement et je *tourmente* la plaie jusqu'à ce que j'aie fait sortir le sang, non-seulement par le bout cardiaque, mais encore par le bout périphérique. Par conséquent, je déclare que, dans les deux cas dont il s'agit, la pratique de M. Cras a été excellente. En règle générale, l'hémorrhagie consécutive est tellement probable que l'on ne saurait trop se tenir en garde pour la prévenir. Je reconnais qu'assez souvent les hémorrhagies secondaires sont précédées de petits écoulements sanguins prémonitoires; mais, d'autres fois, la perte de sang est aussi soudaine qu'abondante et les blessés succombent avant d'avoir été secourus. La recherche d'une extrémité artérielle dans une plaie toute récente ne présente pas de bien grandes difficultés, tandis qu'elle devient, au contraire, fort difficile lorsque les tissus sont envahis par la suppuration. D'un autre côté, les ligatures pratiquées dans la période fébrile, outre qu'elles sont malaisées, sont très-graves par elles-mêmes, elles ouvrent forcément un foyer de suppuration dans lequel les veines satellites de l'artère sont presque constamment malades, et, pour ma part, il m'est arrivé de déterminer une pyohémie subite, en agissant ainsi. Je n'hésite donc pas à poser ce principe: la règle qui veut qu'on lie les deux bouts dans la plaie s'applique à toute blessure artérielle récente, *même quand il y a hémostase.*

M. Perrin. Je m'associe pleinement aux sages préceptes émis par M. Verseuil. Les hémorrhagies secondaires sont quelquefois subites, foudroyantes, et nous devons chercher à les prévenir par tous les moyens en notre pouvoir. Toutes les fois, donc, que l'on se trouve en face d'une plaie artérielle récente, alors même que le sang est arrêté, il faut chercher, fouiller, jusqu'à ce que l'on ait trouvé les deux bouts du vaisseau, et ne pas craindre de faire, dans ce but, des délabrements dont la gravité sera toujours hors de proportion avec les dangers qui menacent le blessé.

M. Guyon. Je partage l'avis de mes collègues Verneuil et Perrin sur cette question thérapeutique, qui me paraît de la plus haute importance. Il est plus fréquent qu'on ne pense de voir le moindre effort déterminer une hémorrhagie secondaire qui survient sans avertissement et qui tue le malade en peu d'instants. Un de mes blessés a succombé en moins d'une heure à une hémorrhagie consécutive de l'artère humérale que rien n'avait annoncée. Je crois donc qu'il faut savoir se méfier et que les prodromes sont tout à

fait insuffisants pour décider le chirurgien qui n'a pas su prendre une décision immédiate.

M. Larrey. Je me rallie aux observations qui viennent d'être présentées et j'ajoute que c'est principalement à la chirurgie d'armée que ces préceptes sont applicables, car c'est surtout en campagne qu'il est difficile d'exercer une surveillance suffisante sur les blessés, et de prévenir les hémorrhagies consécutives autrement que par la ligature des deux bouts du vaisseau.

M. Giraldès. Depuis l'époque où Guthrie s'est fait le promoteur et le propagateur de cette pratique chirurgicale, des faits extrêmement nombreux en ont démontré l'excellence, et M. Cras, en la suivant, a agi très-prudemment.

M. Desprès. Nous avons tous reconnu, d'un commun accord, que l'on doit faire la ligature des deux bouts artériels dans une plaie récente. Toutefois, je m'élève contre une assertion émise par M. Verneuil relativement au danger que présenterait cette ligature faite dans une plaie enflammée. Nélaton a démontré que toute artère peut être liée sans inconvénient, même dans un foyer de suppuration. J'ajoute que si la ligature faite en pareil cas n'est pas très-dangereuse, elle n'est pas non plus très-difficile, parce que les caillots déjà formés servent de guide et conduisent sûrement sur le bout inférieur, alors même qu'il ne donne plus.

M. Tillaux. La question de la ligature des deux bouts d'une artère dans une plaie récente me paraît avoir été résolue ici même, l'an dernier; je n'y reviendrai donc pas. Je veux seulement appeler la discussion sur un cas spécial qui ne me semble pas encore jugé: étant donnée une simple piqûre de la paume de la main, accompagnée *probablement* d'une lésion artérielle, peut-être d'une plaie de l'arcade profonde, que faut-il faire? Bon nombre d'observations démontrent que, dans ce cas spécial, il a suffi de la compression locale, aidée d'une compression indirecte sur les artères radiale et cubitale, pour arrêter définitivement l'écoulement sanguin. Je crois qu'il serait plus prudent de déroger à la règle et je me déciderais difficilement à faire une dissection profonde au milieu des tendons de la région palmaire. Un étudiant en médecine atteint d'une semblable lésion s'est présenté à moi dernièrement, j'étais sans aide et n'aurais pu faire la ligature; je me bornai à comprimer, et la guérison s'en est suivie.

M. Perrin. Le cas particulier cité par M. Tillaux s'écarte sensiblement de la question soulevée au début de cette discussion; je crois toutefois que l'on peut se prononcer sans hésitation à ce sujet.

Quand on ne sait pas si l'on a affaire à une plaie artérielle, j'avoue qu'il est difficile de prendre un parti; mais si, même avec une seule piqûre au tégument, l'on a la certitude qu'une artère a été ouverte, il faut aller chercher le vaisseau et en lier les deux bouts : car la compression, envisagée comme méthode générale de traitement, donne des résultats désastreux. Lorsque la perte de sang n'est pas en rapport avec le calibre du vaisseau supposé blessé, la conduite à tenir doit être différente. Un officier, atteint à la partie supérieure du bras gauche, avait eu, immédiatement, une hémorrhagie que je n'ai pas constatée, mais que l'on m'a dit avoir été considérable. La compression avait arrêté le sang, et le pouls radial avait disparu. Les éléments du diagnostic me manquant, j'ai dû m'abstenir; j'ai placé mon malade en observation et j'ai eu la chance de le voir guérir après avoir constaté la réapparition des battements artériels à partir du dixième jour.

M. Lannelongue. Si j'ai bien compris mes collègues, la Société de chirurgie accepterait comme règle ce précepte chirurgical qu'il faut *toujours* lier dans la plaie les deux bouts d'une artère coupée, quelle qu'en soit la situation, quelle qu'en soit la profondeur, que le blessé perde du sang ou n'en perde pas. J'admets volontiers la plupart des raisons que l'on a alléguées, mais je ne les admets pas toutes. Cela reviendrait à dire que la ligature met à l'abri de tout danger et qu'elle sauve sûrement le malade; or, vous savez qu'il n'en est rien. J'ai fait des ligatures dans la plaie à toutes les périodes, sur l'artère fémorale, sur le tronc tibio-peronier, sur d'autres vaisseaux encore, et je n'ai pas toujours été à l'abri des hémorrhagies secondaires. Si M. Guyon a perdu un malade par le fait de son abstention, en revanche j'en ai perdu plusieurs après la ligature, notamment un amputé de cuisse qui a succombé à une hémorrhagie foudroyante. Malgré l'assertion générale, je crois que la conduite du chirurgien variera suivant les circonstances et suivant le chirurgien lui-même. La nature n'a-t-elle pas aussi ses procédés de guérison, dont nous connaissons le mécanisme depuis les travaux de J.-L. Petit? Ce n'est point d'une hémorrhagie présente qu'il s'agit, dans les deux faits de M. Cras, mais d'une hémorrhagie déjà passée; nous sommes à 7 ou 8 heures de l'accident, tout écoulement de sang a depuis longtemps cessé, la nature a fait son pansement, et vous voulez intervenir pour le détruire! D'ailleurs, nul de vous ne me contredira, quand j'affirmerai que votre précepte ne s'applique pas aux plaies par arrachement. Alors même que l'on a eu affaire à des plaies ordinaires, on pourrait citer un nombre infini d'exemples dans lesquels la ligature n'a pas été employée et où les blessés n'en ont pas moins guéri. Le cas de

M. Perrin suffirait seul pour démontrer ce que j'avance; car dans ce cas, je crois que l'artère humérale avait été intéressée; je n'en veux d'autre preuve que la cessation des battements radiaux pendant dix jours.

Si l'expectation est parfois suivie d'accidents, la ligature aussi a ses inconvénients et ses dangers; l'inflammation, le ramollissement du caillot, le voisinage d'une grosse collatérale située trop près du fil, etc. sont tout autant de causes d'hémorrhagies consécutives. Je suis, plus que personne, disposé à m'incliner devant un précepte formulé par la Société de chirurgie; toutefois, je vous avoue qu'en présence d'une plaie artérielle qui ne saignerait plus depuis huit, dix, quinze et même *vingt-quatre* heures, alors que je n'aurais aucune raison de craindre le renouvellement de l'hémorrhagie, j'hésiterais à intervenir.

M. Guyon. M. Lannelongue a voulu prouver qu'il peut y avoir des hémorrhagies secondaires après la ligature et il s'est servi d'arguments peu démonstratifs, à mon avis, car il nous a cité des exemples de ligatures faites dans des amputations, ce qui ne ressemble en rien à la ligature des deux bouts artériels dans la plaie. Il est certain qu'on peut observer des hémorrhagies après toutes sortes de ligatures; mais, s'il y a un mode qui assure efficacement l'hémostase définitive, c'est avant tout et par-dessus tout la ligature des deux bouts dans la plaie. Quant à la question posée par M. Tillaux, elle ne me paraît pas rentrer dans la discussion actuelle, par la raison que la perte de sang fournie par une piqûre de la région palmaire n'entraîne aucun danger immédiat. Le blessé dont j'ai parlé était dans de tout autres conditions; il avait l'artère humérale coupée et l'hémorrhagie secondaire ne s'est déclarée que le neuvième jour. Je dois ajouter que, trompé moi-même par le peu d'abondance de l'hémorrhagie primitive et par la persistance du pouls radial, je n'ai pas soupçonné la lésion artérielle; car, si j'avais su l'artère humérale ouverte, je n'aurais certainement pas hésité à lier les deux bouts dans la plaie, malgré l'hémostase temporaire, et j'aurais probablement sauvé mon malade.

M. Larrey. Je désire que la question ne s'écarte pas des termes dans lesquels elle a été primitivement posée. M. Lannelongue nous a cité des hémorrhagies survenues après les amputations, il nous a encore parlé des plaies par arrachement dans lesquelles l'hémorrhagie n'est jamais en cause. Ce n'est pas de semblables lésions qu'il s'agit, mais bien de plaies *saignantes* dans lesquelles les deux bouts artériels donnent du sang ou en ont donné récemment. Pour moi, je suis depuis longtemps partisan de la ligature primitive des deux bouts dans la plaie, tout en reconnaissant qu'il est possible

d'essayer l'hémostase par d'autres moyens, lorsque les artères divisées sont peu importantes et n'exposent pas à des hémorrhagies considérables.

M. Giraldès. Les arguments invoqués par M. Lannelongue ne suffisent pas pour entraîner la conviction. Nous savons tous que si la théorie de J.-L. Petit s'applique au caillot formé sur le bout supérieur du vaisseau, elle ne s'applique nullement au bout inférieur; sur celui-ci, le caillot est extrêmement petit et se déplace avec la plus grande facilité sous l'impulsion de l'ondée sanguine. J'approuve donc sans réserve la conduite de M. Cras.

M. Perrin. J'ai été surpris d'entendre M. Lannelongue avancer que l'on a vu *un grand nombre* d'hémorrhagies après la ligature. Je ne nie pas que ces hémorrhagie ne soient possibles, mais je dis qu'elles sont fort rares et, pour mon compte, je n'en ai jamais vu. En revanche, j'ai vu souvent des hémorrhagies survenir chez des amputés; ce sont ou des hémorrhagies en nappes, ou des perforations artérielles imputables à la pourriture d'hôpital, etc., mais dont aucune ne saurait être comparée aux faits dont il est question ici. Pour me résumer d'un mot, je concède que la ligature des deux bouts dans la plaie ne soit pas infaillible; mais je soutiens qu'elle vaut mieux qu'autre chose.

M. Polaillon. Je prends la parole pour défendre la doctrine émise par M. Lannelongue. A mon avis, il aurait fallu diviser les hémorrhagies en deux classes : 1° celles qui sont fournies par des artères volumineuses; 2° celles qui dépendent de troncs artériels peu importants. Quand une grosse artère, telle que l'humérale ou la fémorale, est intéressée, il est évident qu'on doit tout faire pour assurer l'hémostase; mais si la lésion porte sur la radiale ou sur tout autre vaisseau de calibre analogue, et si l'écoulement sanguin a cessé, je crois que l'on peut temporiser. J'ai compulsé, à cet égard, un très-grand nombre d'observations et j'ai pu constater que, dans beaucoup de cas, la compression a suffi pour arrêter définitivement le sang, en sorte que si le précepte est de rigueur lorsqu'il s'agit d'une artère de gros calibre, on peut au moins faire quelque restriction pour les petits vaisseaux. Je sais bien que certains malades succombent à des hémorrhagies successives fournies par de petites artères, mais j'ajoute que ces malades sont ordinairement des fébricitants qui ont le sang peu plastique.

M. Lannelongue. Les faits cités par M. Polaillon répondent, beaucoup mieux que je ne saurais le faire, aux simples souvenirs de mes contradicteurs. Avant d'admettre le jugement si radical qui vient d'être porté par plusieurs de nos collègues, peut-être y au-

rait-il lieu de faire des recherches précises à l'égard des hémorrhagies fournies par les grosses artères. Pour ma part, et jusqu'à plus ample informé, je reste hésitant. L'hémorrhagie secondaire est-donc fatale, inévitable? Je ne le crois pas ; il pourrait même se faire qu'elle fût très-rare. Dans tous les cas, nous savons aujourd'hui, grâce à l'emploi du thermomètre, qu'elle survient presque toujours chez les individus qui sont déjà dans une période de septécemie aiguë ; l'hémorrhagie n'est plus alors qu'un symptôme de la pyohémie, et c'est à cette dernière qu'il faut attribuer toute la gravité de la situation.

M. Perrin. M. Polaillon a-t-il vu des accidents à la suite de la ligature? tout est là. Pour moi, j'ai vu quatre fois la mort survenir après la compression. Comme vous le voyez, ce n'est pas là une affaire de sentiment, mais une question de faits.

M. Lannelongue. Il nous sera facile d'apporter des faits tout aussi concluants, pour démontrer que la ligature n'est pas un moyen d'une efficacité absolue.

Présentation de malade.

Double opération d'ovariotomie sur un même sujet, guérison radicale d'une hernie ombilicale volumineuse.

En présentant cette malade, M. Boinet donne communication de la note suivante :

Dans l'une de nos dernières séances, à l'occasion d'une discussion sur le traitement des hernies ombilicales, par la herniotomie, j'ai dit que j'avais guéri une femme d'une hernie ombilicale volumineuse en pratiquant l'ovariotomie. Cette femme qui est d'Issoudun, se trouve de passage à Paris ; j'ai cru devoir la présenter à mes collègues, afin qu'ils puissent constater et la guérison radicale de la hernie et l'état d'une malade ayant subi deux fois l'ovariotomie : la première fois le 11 octobre 1868 (ovaire gauche du poids de 37 livres), et la seconde fois le 24 août 1869 (ovaire droit du poids de 19 livres). Cette malade, du nom de Gatfin, était atteinte, comme je vous l'ai dit, d'un kyste ovarique très-volumineux compliqué d'ascite, et de plus d'une hernie ombilicale énorme et d'un prolapsus complet de l'utérus. Depuis la première opération d'ovariotomie, la hernie ombilicale n'a pas reparu, pas plus que la chute de la matrice. L'observation de cette malade, qui était âgée de 47 ans, a été publiée, pour la première opération d'ovariotomie, dans la *Gazette des Hopitaux*, année 1868, page 559, et pour la seconde opération, dans la

Gazette hebdomadaire année 1870, page 119. On peut donc, six ans après la seconde ovariotomie, qui a été pratiquée dix mois après la première, constater la guérison de toutes les affections graves dont cette malheureuse femme était atteinte, et juger du résultat définitif des deux opérations d'ovariotomie qu'elle a subies.

Pour mieux vous faire apprécier l'état actuel de la malade, je rappellerai que sa maigreur extrême, son affaiblissement, son état général, etc., étaient tels, que je refusai plusieurs fois de lui faire l'ovariotomie, et que tous les médecins qu'elle avait consultés l'avaient engagée à ne pas se soumettre à cette opération. Pressé par ses instances réitérées, j'avais enfin cédé à ses désirs, et aujourd'hui je puis me féliciter d'avoir osé pratiquer cette opération, malgré toutes les mauvaises chances qu'offrait cette malade; ce succès m'a rendu moins timide, et plusieurs cas à peu près semblables que j'ai opérés depuis, avec de bons résultats, m'ont appris que le chirurgien ne doit pas toujours et quand même refuser son concours, alors surtout que les malades n'ont pas d'autres chances de salut que dans l'opération, et que sans elle la mort est imminente, fatale.

Comme je viens de le dire, le premier kyste enlevé pesait 37 livres (contenant et contenu), le second pesait 19 livres. Depuis la deuxième ovariotomie, qui date de six ans, cette malade n'a cessé de jouir d'une santé excellente, et la hernie ombilicale, l'ascite et la chute de la matrice dont elle était atteinte ont complétement guéri; la malade peut vaquer facilement à toutes ses occupations, se tenir longtemps debout sans se fatiguer, marcher, faire de longues courses. Seulement, par mesure de précaution, elle porte une ceinture qu'elle s'est fabriquée elle-même; elle n'éprouve ni coliques, ni douleurs dans le ventre et peut, sans fatigue, travailler de son état de lingère, après avoir passé 9 années dans un fauteuil. Toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien, moins les règles qui n'ont pas reparu depuis la dernière ovariotomie.

Ces cas d'ovariotomie, pratiquée deux fois sur le même sujet, sont assez rares; sur 69 malades que j'ai opérées jusqu'à ce jour et qui m'ont fourni 44 succès sur 71 opérations, je n'ai rencontré que deux cas où j'ai dû pratiquer deux fois l'ovariotomie sur la même malade. Le premier est celui que vous avez sous les yeux; le second est celui d'une pauvre jeune femme de 29 ans, que j'ai opérée 18 mois après la première opération. Malheureusement cette malade mourut de péritonite deux jours après l'opération; la tumeur que j'enlevai et que j'avais prise pour un nouveau kyste était cancéreuse; elle avait le volume d'une tête d'adulte et s'était développée sur le moignon du pédicule du kyste que j'avais enlevé avec succès, dix-huit mois auparavant. Il existait en même temps de

l'ascite, et aucun symptôme n'indiquait une tumeur cancéreuse.

M. Terrier. Lorsqu'on fait une opération d'ovariotomie, il est toujours prudent d'examiner l'autre ovaire et de le maintenir à l'extérieur s'il paraît altéré. En prenant cette précaution, on met les malades à l'abri d'une récidive. Je n'y manque jamais pour mon compte et il m'est déjà arrivé plusieurs fois de trouver une altération de l'ovaire sur lequel je n'opérais pas.

M. Boinet. Chez mes deux malades, j'ai examiné avec le plus grand soin ces ovaires et ils m'ont paru absolument sains.

Présentation de pièces.

Anévrysme de l'iliaque primitive et de l'iliaque interne du même côté.

M. Lannelongue. présente une pièce recueillie sur un homme de 89 ans et portant deux anévrysmes, un sur l'iliaque primitive, et l'autre sur l'iliaque interne du même côté, ce dernier s'était rompu. Chose très-rare, ce malade avait, en même temps, de l'athérome des veines.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel,
Paulet.

Séance du 28 juillet 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Un travail intitulé : *Expérience sur la force élastique des tubes en caoutchouc par la méthode des poids*, par M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant à Lille.

M. Giraldès offre un exemplaire du *discours Huntérien* pour 1875, prononcé par M. Frédérick Legros-Clarck.

M. Verneuil offre une thèse intitulée : *Étude historique et critique des serre-nœuds artériels*, par le Dr J.-V. Duany y Soler.

M. Jude Hue, de Rouen, demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant national ; il adresse à l'appui de sa candidature un travail manuscrit intitulé : *Étude sur la périnéoraphie dans les cas de rupture complète.* (Commissaires : MM. Paulet, Blot, Guéniot.)

M. Rigaud, membre honoraire à Nancy, fait hommage d'une brochure intitulée : *Extirpation du scapulum en totalité et de la moitié externe de la clavicule, pratiquée le 9 mai 1843, pour un cas d'ostéophyte gélatineuse; guérison.*

Lectures.

M. Rigaud lit le travail suivant :

Exarticulation ou extirpation du calcanéum en totalité.

Les chirurgiens n'avaient jamais pratiqué l'extirpation du calcanéum en totalité ; ils ne l'avaient même pas regardée comme possible ; dans tous les cas, aucun ne l'avait conseillée et encore moins décrite, lorsque de 1844 à 1845 je fus le premier à l'exécuter, et ce fut avec un succès complet, à partir de l'année 1845 jusqu'en 1873. Il me fut donné, dans l'espace de trente années, d'exécuter 11 fois l'extirpation totale et en un seul bloc du calcanéum dont l'altération organique était telle qu'envahissant la totalité de l'os, on ne pouvait en aucune manière espérer d'en voir la guérison s'effectuer par un traitement approprié, ni d'en arrêter le progrès soit par une résection partielle, soit par l'évidement, secondé par les moyens ordinaires de la science médicale et de l'art chirurgical. Ce sont ces faits que je publie aujourd'hui : 10 fois sur 12 cette opération a été suivie d'une entière guérison.

Dans sa séance du 21 juillet 1866, la Société de chirurgie de Paris reçut, de M. Ollier, la communication d'un fait de résection *d'une grande partie* du calcanéum et, à cette occasion, M. Ollier rappela que j'avais pratiqué plusieurs fois l'extirpation totale du calcanéum avec le plus grand succès. En effet, j'avais à cette époque, 1866, pratiqué 6 fois l'exarticulation complète de cet os du pied, en le séparant de l'astragale et du cuboïde, passant ainsi

dans les articulations qui les unissent ; c'est donc bien l'ablation totale par désarticulation que j'ai accomplie, et c'est à une époque bien éloignée que remonte ma première opération (année 1845). Depuis 1866 jusqu'en 1873 je l'ai pratiquée de nouveau 5 fois ; en tout 11 cas ; sur ce nombre un seul opéré a succombé par suite d'infection purulente, un autre dut ultérieurement être amputé.

Ce fut mon second opéré qui succomba. Malgré le revers, je ne regardai pas ce malheur comme tout à fait décourageant ; je poursuivis donc mon œuvre, et les succès ultérieurs me firent regarder cette opération comme définitivement acquise à la pratique chirurgicale, car les guérisons sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que dans les autres opérations graves de la chirurgie, et les suites en ont été des plus favorables, puisque tous mes autres opérés, au nombre de 9, plus un qu'opéra notre agrégé de la faculté de Strasbourg, le Dr Bœckel, ont pu marcher avec une assez grande liberté et avec une remarquable assurance.

Voici le résumé succinct de ces 11 cas d'extirpation totale du calcanéum, que j'avais pratiquée 6 fois, lorsque à la date du 4 décembre 1866 je l'adressai à M. Giraldès, alors président de la Société de chirurgie, qui, à l'occasion de la communication de M. Ollier, m'avait demandé quelques renseignements à ce sujet ; je terminais ma lettre à M. Giraldès en disant : plus tard je soumettrai à la Société de chirurgie les observations détaillées, dès que j'aurai terminé le mémoire que je prépare.

De plus, je ne voulus pas négliger de saisir cette occasion pour exposer en quelques mots le procédé opératoire. Je vais tout à l'heure vous le donner complétement à l'occasion de la première opération.

1er Fait. — *Carie du calcanéum (pied droit), guérison; exarticulation complète, années* 1844-1845. — Le sujet de la première exarticulation du calcanéum que je pratiquai fut un jeune sourd-muet, nommé Joseph Masson, âgé de 10 ans, qui me fut adressé par M. Jacoutot, directeur de l'établissement des sourds-muets, à la Robertsau, banlieue de Strasbourg. La guérison fut très-rapide, puisque le petit malade ne séjourna qu'un mois à l'hôpital. Il put alors marcher librement sans qu'aucun remplissage intérieur, ni semelle épaisse au talon dussent être adaptés à sa chaussure. La claudication était si peu marquée, qu'au bout de peu de temps, l'habitude et sans doute une légère inclinaison du bassin ne la laissèrent plus remarquer.

Cet enfant avait été affecté de la gale, dont il fut traité et guéri dans le service spécial. Ce fut alors qu'ayant vu la maladie du talon, mon collègue le fit passer dans la clinique chirurgicale. Quand nous l'examinâmes, je trouvai une ouverture fistuleuse à la partie postérieure externe du talon ; les bords en étaient recouverts de bourgeons, fongueux et blafards, qui n'en permirent pas moins à mon stylet bou-

tonné de pénétrer d'abord jusqu'à l'os, dont la substance ramollie le laissa pénétrer jusqu'à 3 centimètres de profondeur, en me donnant la sensation d'une série de petites fractures lamellaires et que suivit un léger écoulement de sang. En inclinant le stylet dans différentes directions, je pus pénétrer dans la substance osseuse, dans tous les sens divers; la masse entière du calcanéum était donc le siége d'une ostéite raréfiante et suppurante. Sa nature scrofuleuse ne pouvait être mise en doute; l'âge, la constitution éminemment lymphatique et, je crois, une petite cicatrice au cou le disaient assez. Le jeune malade fut d'abord soumis au traitement approprié: régime tonique et réparateur, préparations martiales (l'iodure de fer), bains entiers avec une grande quantité de sel marin, le tout pendant 6 semaines. Mais, quoique l'état général commençât à s'améliorer très-sensiblement, l'état local restait le même, et nous sûmes qu'il existait ainsi depuis 2 années. Ce fut alors que me vint la pensée d'extirper ce calcanéum. J'hésitai d'abord devant la gravité et la difficulté de l'entreprise; car, désarticuler le calcanéum d'avec l'astragale auquel l'unissaient deux articulations diarthrodiales et un énorme trousseau ligamenteux intermédiaire, puis le séparer du cuboïde auquel il répond par une surface synoviale, ce devait être chose difficile et grave; je réfléchis encore à ce que parfois le scaphoïde est en rapport arthrodial avec le calcanéum, et que par là se trouve parfois établie une communication fort étroite, il est vrai, mais réelle avec les articulations que le scaphoïde donne avec les os voisins; fait dangereux dans ses conséquences, au point de vue de la propagation de l'inflammation suppurative, aux autres articulations de la plupart des os du tarse entre eux; j'examinai et je discutai toutes ces questions auxquelles venaient se joindre les difficultés de l'exécution opératoire et les dangers qui se rattachent: 1° à la lésion de la terminaison de l'artère tibiale postérieure, particulièrement de la plantaire externe; 2° à la section des tendons des péroniers latéraux; 3° à la séparation des os en respectant le plus possible l'intégrité de leurs surfaces et lorsque seuls les liens qui les unissent doivent être sectionnés; 4° enfin, il fallait conserver toute la couche fibro-cellulo-graisseuse sous cutanée de la plante du pied, coussin sur lequel le membre devait ultérieurement et toujours s'appuyer. Là ne devaient pas encore se borner les prévisions, il fallait se demander quelles seraient les conséquences de l'extirpation totale du calcanéum, au point de vue des usages de la partie, c'est-à-dire la station et la marche. La crainte de voir le pied se renverser en dehors me parut mériter une scrupuleuse attention. Puis la probabilité de la perte des mouvements articulaires (ankylose), spécialement celle de l'astragale avec le tibia, qui n'était pourtant pas nécessairement inévitable, m'arrêta pendant quelque temps, ainsi que l'inévitable diminution de longueur, à laquelle du reste il serait facile de remédier, me disais-je, par une chaussure appropriée. La marche devait être imparfaite, sans doute, mais il me sembla néanmoins qu'elle devait pouvoir s'exécuter avec sûreté et sans une trop grande fatigue; le résultat définif a montré que tout cela était vrai, mais que mes appréhensions avaient même été au delà de la réalité.

Le procédé opératoire a toujours été exécuté de la même manière, on y pourra peut-être apporter quelques modifications; ce seront alors des procédés divers, mais la méthode est fondée et ne saurait être autre qu'elle n'est.

Touchant le manuel opératoire, je dirai ici succinctement et provisoirement, que :

1er *temps*, une section horizontale, partant du talon, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, passe en descendant à 1 ou 2 centimètres au-dessous des malléoles et s'étend en avant jusqu'au niveau et un peu au delà de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, tant en dedans qu'en dehors; elle me permet de détacher un large lambeau plantaire, qui tombe d'arrière en avant, en conservant toute l'épaisseur de l'abondante couche cellulo-graisseuse de la région doublée par les muscles plantaires superficiels, ce que j'obtiens, en rasant la face inférieure du calcanéum et en détachant les insertions aponévrotiques des muscles de la plante du pied. Les ligaments latéraux, internes et externes, sont coupés. C'est alors qu'il faut apporter la plus grande attention à ne pas sectionner les tendons des péroniers latéraux, ni ceux des fléchisseurs des orteils et extenseurs du pied; il faut conserver intactes l'artère et les veines tibiales postérieures et particulièrement la branche plantaire externe de la première, ainsi que les nerfs de la région; on les protége en même temps qu'on les éloigne du tranchant du bistouri au moyen de larges crochets mousses.

2e *temps*, le tendon d'Achille est coupé immédiatement à son insertion au calcanéum. A ce moment le calcanéum est saisi d'arrière en avant avec une forte pince appropriée, afin de faciliter, par les diverses inclinaisons qu'on imprime à l'os, l'introduction du fort bistouri que l'on glisse entre les surfaces articulaires. Ainsi l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure est ouverte en arrière; alors on attaque par le côté externe l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure, en même temps que l'on va couper le faisceau ligamenteux interosseux; après quoi.

3e *temps*, l'on vient en avant et en dehors séparer le calcanéum du cuboïde; c'est dans ce temps de l'opération qu'il faut redoubler de soins et d'attention pour ne pas couper les tendons des péroniers latéraux et plus essentiellement celui du long péronier qui glisse dans la coulisse oblique de la face inférieure du cuboïde. Renversant alors le calcanéum en dehors, on achève toutes les sections nécessaires, après quoi l'on dégage le crochet de la tubérosité interne du calcanéum, sous lequel passent les vaisseaux et les tendons des muscles de la partie postérieure interne de la jambe. Une fois l'exarticulation du calcanéum accomplie, et après que le sang, généralement très-peu abondant, a cessé complétement de couler, que la plaie est presque sèche, on applique aussi exactement que possible le lambeau plantaire que l'on soutient en le comprimant au moyen soit de sutures, la médiane postérieure traversant le tendon d'Achille, soit encore avec des bandelettes agglutinatives et puis avec un bandage convenable; la réunion s'effectue facilement et assez rapidement. La cicatrice se trouvant demi-

circulaire, et à plusieurs centimètres au-dessus du sol, aucun point ne supportera le poids du corps, et sous ce rapport les choses se retrouveront comme dans l'état normal ; l'épaisseur de la couche plantaire, semelle naturelle, sera tout à fait intacte et conservera la plus grande partie de son élasticité si favorable à la marche. Le jeune garçon que j'opérai ainsi de 1844 à 1845 n'éprouva aucun accident sérieux, et la réunion se fit de telle sorte que le lambeau plantaire n'abandonna jamais ses nouveaux rapports avec l'astragale ; la suppuration fut peu abondante et elle s'écoula par les bords de la plaie. Au bout de 6 semaines la cicatrisation était complète, et 2 mois ne s'étaient pas encore écoulés depuis l'opération qu'il put appuyer son pied par terre, étant soutenu par des aides ou avec ses mains sur 2 chaises ; peu à peu, il put se passer d'appui, et après un séjour de moins de 3 mois dans l'hôpital il put retourner dans l'établissement d'où il était venu. Plusieurs mois après et lorsque je l'avais revu plusieurs fois, il quitta l'établissement des sourds-muets. Depuis lors on l'a perdu de vue et il m'a été impossible de le retrouver.

2ᵉ Fait. — *Carie du calcanéum dont la saillie postérieure est creusée d'une large cavité, dans laquelle avait probablement été logé un tubercule enkysté (pied gauche, année* 1849), *mort.* — La seconde exarticulation du calcanéum fut pratiquée par moi, 4 ans après la première ; c'était chez un israélite, âgé de 37 ans, qui succomba au bout de 3 semaines à une infection purulente, accident funeste qui se présentait assez souvent alors dans notre service de clinique chirurgicale à l'hôpital civil de Strasbourg, et dans des salles dont les conditions hygiéniques étaient fort mauvaises. Depuis l'année 1854 tout cela fut changé heureusement et totalement par la translation du service dans un autre bâtiment.

En 1849, nous trouvâmes dans le service de la clinique chirurgicale de Strasbourg, un israélite, d'une assez grêle apparence, âgé de 37 ans ; il nous raconta qu'à la suite de marches assez longues et de fatigues il avait d'abord éprouvé quelque gêne à marcher, et qu'en appuyant sur son talon il y ressentit un peu de douleur ; il y a plus d'une année, et plus encore peut-être, qu'il remarqua un peu de gonflement dans la partie qui n'entrait plus aisément dans sa large chaussure, qu'il ne put bientôt plus supporter, et ne se chaussa, dès lors, qu'avec des savates. A la suite de plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, il fut obligé de garder un repos à peu près complet, et enfin un gonflement très-douloureux et avec notable rougeur fut suivi, après plusieurs semaines, d'un abcès qui s'ouvrit spontanément et qui ne se ferma pas et laissa l'orifice fistuleux que nous remarquons aujourd'hui, au côté externe, au-dessous et un peu en avant de la pointe de la malléole externe. La pression sur le talon est assez douloureuse, particulièrement au voisinage de la fistule ; sur le côté interne on trouve un peu de gonflement et un peu de douleur. Un stylet boutonné, introduit dans le trajet fistuleux et dirigé de dehors en dedans, pénètre dans la substance osseuse et donne la sensation d'une

série de petites fractures de lamelles minces ; le stylet pénètre à plusieurs centimètres de profondeur, en se dirigeant vers le point douloureux que nous avons trouvé en dedans du talon. Cet examen n'est point très-douloureux, mais il produit l'écoulement d'une petite quantité de sang très-fluide et qui continue de s'échapper pendant un peu de temps. (Bains, repos au lit, cataplasmes émollients.) Remarquons encore que le volume est sensiblement augmenté, le reste du pied est intact ; l'astragale, le cuboïde et le scaphoïde ne sont nullement douloureux à la pression et sont jugés entièrement sains. Dans un second examen de cette affection locale, en dirigeant le stylet en avant, nous sommes arrivés à des points résistants et dans lesquels le stylet ne pénétrait pas et donnait la sensation de points nécrosés plutôt que cariés. Ces points nous ont paru se rapprocher beaucoup de la surface articulaire calcanéo-cuboïdienne.

L'état général, quoique d'assez faible apparence, ne nous paraît point mauvais et ne contre-indiquer en aucune façon l'opération nécessaire. Nous nous décidâmes alors à renouveler l'extirpation du calcanéum en totalité, comme nous l'avions pratiquée 4 ans auparavant ; le malade y accéda et nous y procédâmes de la même manière que la première fois sur le jeune sourd-muet dont nous avons relaté précédemment le cas et l'opération ; toutefois nous éprouvâmes une beaucoup plus grande difficulté que la première fois à pénétrer dans les articulations, à détruire tous leurs moyens d'union, particulièrement à sectionner complétement le ligament interosseux qui lie le calcanéum à l'astragale, c'est-à-dire à isoler entièrement l'os du talon de l'astragale et du cuboïde. En un mot, l'exarticulation fut très-laborieuse, et dans la suite des manœuvres l'artère plantaire interne, peut-être même le tronc commun des plantaires fut divisé; deux ligatures arrêtèrent l'écoulement du sang, mais leur application ne fut pas facile, ainsi que les 8 autres petites ligatures faites. Le lambeau plantaire fut appliqué sur les surfaces saignantes et exactement maintenu par des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié.

Dans la première semaine tout se passa d'une manière régulière, et nous espérions arriver à une heureuse terminaison, lorsque 8 jours plus tard, c'est-à-dire 15 jours après l'opération, des frissons survinrent, la suppuration se tarit, des envies de vomir se manifestèrent ; une fièvre intense s'établit, la langue devint sèche et fuligineuse, enfin du délire, et le malade succomba 3 semaines après l'opération.

3e Fait. — *Carie du calcanéum, pied droit, exarticulation complète, 1852. Guérison.* — En 1852, je pratiquai une 3e désarticulation totale du calcanéum sur un homme âgé de 35 ans. La guérison fut lente, mais enfin elle fut complète au bout de 3 mois ; la marche était libre et assurée ; la claudication, très-peu marquée, n'exigea, pas plus que pour le premier opéré de chaussure particulière. Nous lui avions fait faire un soulier avec un talon un peu plus épais que celui du côté opposé. J'ai su que depuis il n'avait pas fait renouveler cette disposition particulière pour ses autres chaussures.

4e Fait. — En 1856, j'avais pratiqué une autre exarticulation ; c'était le 4e cas réalisé. Dans cette circonstance, trouvant une synostose complète entre la face antérieure du calcanéum et le cuboïde, je dus séparer ces os par un trait de scie qui porta autant que possible sur ce qui avait été l'espace interarticulaire, ou plus exactement un peu en arrière de celui-ci, sur le tissu propre du calcanéum. Le travail de réparation se faisait très-lentement, la suppuration était abondante, lorsque mon collègue, M. Sédillot, prit le service ; au bout d'un certain temps, mon collègue, trouvant que la guérison se faisait trop longtemps attendre, prit le parti d'amputer la jambe de ce malade, qui guérit peut-être plus vite qu'il ne l'eût fait sans doute sans cela, mais il avait une jambe de moins.

Nous pensons que l'on se hâta trop de recourir à cette *ultima ratio*, car nous voyons dans le cas de M. Potter, de Newcastle (*Voir* à la statistique), que son malade, opéré en mai 1849, ne fut guéri, mais le fut définitivement et parfaitement, qu'en octobre de la même année, 5 mois après l'opération.

5e Fait. — *Carie et nécrose du calcanéum qui était détruit en grande partie (pied gauche, 1857) ; exarticulation. Guérison.* — En 1857, je fis cette 5e exarticulation complète sur un jeune homme de 27 ans, nommé Emile Ehrot. La guérison s'est assez longtemps fait attendre, mais sans qu'aucun accident sérieux soit venu l'entraver. Sorti de l'hôpital bien guéri, il fut revu 2 ans après, en 1859, par mon collègue M. le professeur Michel ; il marchait bien sans avoir besoin de porter une chaussure particulière.

Ici nous avons trouvé le calcanéum nécrosé, excavé et détruit en grande partie, mais retenant encore dans sa cavité en gouttière une grosse esquille centrale, évidemment affectée primitivement d'ostéite raréfiante et complétement isolée par une carie destructive périphérique.

6e Fait. — *Hypérostose avec carie et végétation du calcanéum, pied gauche ; guérison.* — En 1865, j'extirpai le calcanéum en totalité ; cet os était hypérostosé avec carie, chez un jeune garçon de 14 ans, des environs de Bischwiller, Bas-Rhin.

La guérison fut rapide et le jeune malade quitta l'hôpital 5 semaines après l'opération ; il marche librement sans claudication apparente et sans qu'il ait besoin d'un remplissage dans sa chaussure.

7e Fait. — *Carie du calcanéum.* — En 1866, au mois de juin, je pratiquai la septième désarticulation du calcanéum chez un jeune homme de 15 ans, italien, Multi Marc, fils du directeur de l'un des établissements de la foire de la Saint-Jean, qui se tenait à Strasbourg. Après 2 mois de séjour à l'hôpital, il sort et marche librement comme les autres.

8e Fait (1866). — Maintenant j'indique incidemment l'observation d'une opération pareille qui fut pratiquée, dans la même année 1866, par notre agrégé en chirurgie, M. Bœckel, qui se trouvait alors chargé

de mon service; elle fut pratiquée, de tous points, comme je l'avais toujours pratiquée. Le malade, qui était aussi un jeune garçon, guérit très-rapidement et marcha librement sans claudication. Je dois noter que cette exarticulation ne fut faite qu'après que M. Bœckel avait tenté de guérir ce malade de sa carie du calcanéum par l'évidement, mais celui-ci n'avait pas suffi pour le débarrasser de son mal, qui envahissait jusqu'à la surface périphérique de l'os.

9e Fait. — Le 10 mai 1867, je pratiquai ma huitième exarticulation du calcanéum; l'opéré guérit, mais la marche ne fut pas aussi libre et facile que chez les autres.

10e Fait. — Clinique de la faculté de Nancy (22 février 1873). — J'enlevai le dixième calcanéum chez un garçon boucher, nommé Richard Joseph, âgé de 37 ans, né à Lorquin (Meurthe), entré le 4 janvier 1873 dans la clinique chirurgicale de Nancy.

11e Fait (1873). — Enfin, en avril 1873, j'ai désarticulé le calcanéum (guérison) chez un jardinier de Pont-à-Mousson, de 45 à 50 ans, nommé Boucher Nicolas, entré le 28 avril 1873, sorti le 5 mai (erreur évidente de dates).

Si nous joignons à ces dix cas celui de notre agrégé, M. Bœckel, nous en compterons onze, sur lequel nombre un seul est mort, c'est le n° 2. Je rappelle que la quatrième fois que je pratiquai cette exarticulation, la lenteur de la guérison, quoique il ne fût survenu aucun accident urgent, décida M. Sédillot à amputer le malade qui guérit.

12e Fait. — Enfin, dans le courant de l'année 1865, notre excellent confrère, M. Houel, qui remplaçait alors Nélaton, me donna l'occasion une fois de plus de pratiquer la désarticulation du calcanéum à l'hôpital des cliniques : après des accidents sérieux, l'avant-pied se mortifia, et M. Houel se trouva dans la nécessité de faire l'amputation de la jambe dont le malade guérit. Nous porterons ce dernier cas au passif de notre série d'opération spéciale dont j'ai l'honneur de vous entretenir.

En résumé, donc, sur 12 opérés, 10 guérisons complètes; certes la chirurgie des grandes opérations ne peut pas demander ni espérer davantage.

Résumé statistique ne commençant qu'en 1847.

1844-1845. — Rigaud (de Strasbourg) pratiqua la première exarticulation du calcanéum en totalité. De 1845 à 1873, j'en exécutai 11, ainsi : 1845, 1849, 1852 (Sédillot), 1857, 1865, 1866, 1866, 1867, 1873, 1873 : 9 succès; 1 mort (1849); 1 amputé consécutivement = 11 cas, 9 succès.

1847. — M. Wackotoy.... ...... 1 cas, 1 succès.
Juin 1848. — M. Hancock............ 1 cas, 1 insuccès.

Août 1848.	— M. Greenhow père (infirmerie de Newcastle).	2 cas, 2 succès..	Marche en boitant très-peu.
Oct. 1848.	— M. Greenhow père......		Marche libremnt avec béquilles.
Nov. 1848.	— M. Greenhow père......	2 cas, 2 insuccès.	1 mort.
1852.	— M. Greenhow père......		1 amputé.
1848.	— M. Page (infirmerie de Cumberland)	1 cas, 1 succès..	Déclare s'en servir aussi bien que de celui du côté opposé.
Mai 1849.	— M. Potter..............	2 cas,	1 succès. — Marche très-bien, a fait 6 milles.
Mars 1851.	— M. Potter.............		1 guérison. — Ne peut pas marcher.
Mars 1851.	— M. Guy (Royal free Hospital)..............	1 cas, 1 succès..	Marche très-peu gênée.
Avril 1851.	— M. Simon (hôpital Saint-Thomas)...........	1 cas, 1 succès..	L'absence du talon ne se fait guère remarquer.
Déc. 1851.	— M. Lowe (de Conglatown)	1 cas, 1 succès..	Démarche naturelle, très-peu changée.
Juill. 1852.	— M. Field (infirmerie royale des bains de Margate)	1 cas, 1 succès..	Réussite immédiate.
Août 1866.	— M. Beckel, agrégé de la Faculté de Strasbourg	1 cas, 1 succès.	

Donc, 14 cas : 10 succès complets; 3 morts; 1 qui ne peut pas marcher.

Discussion.

M. Guyon. A l'occasion du travail de M. Rigaud, j'ai l'honneur de présenter à la Société la pièce que j'ai enlevée, vendredi dernier, 23 juillet, sur un malade à qui j'ai pratiqué la résection de la partie postérieure du calcanéum. Cet homme, qui n'est pas scrofuleux, fait remonter le début de sa maladie à six ans, époque à laquelle il a fait une chute; mais, en réalité, il n'a commencé à souffrir que depuis un an. Il y a 4 mois environ, un premier abcès se forma à la partie postérieure et externe du talon, et fut suivi, 15 jours après, d'un nouvel abcès situé un peu plus haut et plus en arrière. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il existait, vers l'insertion du tendon d'Achille, trois orifices fistuleux dans lesquels on pouvait introduire un stylet et pénétrer jusqu'à l'os dont certaines parties étaient très-dures, d'autres, au contraire, très-friables. L'absence de gonflemement à la partie antérieure du tarse me fit supposer que le calcanéum seul était malade et que l'altération était peut-être limitée à la portion la plus postérieure de cet os.

J'ai découvert le calcanéum en suivant le procédé de M. Rigaud, et comme j'ai pu constater, pendant l'opération, que mon diagnostic était exact, je me suis borné à reséquer, avec la scie à chaîne, la partie postérieure de l'os dont les surfaces articulaires ont été laissées en place. L'examen de la pièce enlevée montre que la résection a porté suffisamment au delà des parties malades et que la lésion est constituée par une nécrose centrale.

A propos du manuel opératoire, je ferai observer qu'en sectionnant le tendon d'Achille, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas ouvrir l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure; au reste, l'ouverture de cette arthrodie ne paraît avoir eu aucun inconvénient pour mon malade.

L'usage de la bande d'Ermarch m'a été d'une grande utilité, en me permettant d'examiner à loisir les surfaces osseuses mises à nu; mais, une fois la compression enlevée, je me suis trouvé en présence d'une pluie de sang extrêmement considérable et fort gênante, au point que je me suis vu obligé de panser la plaie avec du coton légèrement imbibé de perchlorure de fer. Les douleurs, très-vives pendant les premières heures, n'ont pu être calmées que par une injection de morphine; mais il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive. Il serait difficile de se prononcer, dès aujourd'hui, sur le résultat de cette opération. Le malade est dans les meilleures conditions, et j'espère le présenter à la Société lorsque sa guérison sera plus avancée.

M. Polaillon. J'ai fait d'assez nombreuses recherches, au sujet de l'extirpation du calcanéum, pour un travail que j'ai publié en 1870. En réunissant les faits du mémoire de M. Martineau-Greenhow à tous ceux que j'ai pu rencontrer dans les recueils scientifiques, je suis arrivé à un total de 65 extirpations, et je crois avoir démontré que cette opération expose beaucoup moins à la mort que l'amputation de la jambe. En effet, tandis que les sujets amputés meurent dans un tiers des cas environ, l'extirpation du calcanéum ne donne que 3 morts sur 56 opérés; toutefois, il faut ajouter que, sur les 53 survivants, 7 ont dû subir des opérations consécutives. Quant au résultat de l'extirpation relativement aux fonctions du membre, il varie très-notablement suivant l'âge de l'opéré. Ainsi:

dans les 10 premières années nous comptons	12 succès et 0 revers
de 10 à 20 ans........................	15 succès et 3 revers
de 20 à 30 ans.........................	7 succès et 9 revers
après 30 ans...........................	6 succès et 3 revers

d'où l'on peut conclure que, si l'opération est bonne lorsque l'opéré n'a pas atteint la fin de l'adolescence, elle donne, au point de vue

de la marche, des résultats moins satisfaisants que l'amputation de la jambe, lorsque l'accroissement est complet.

M. Giraldès. Ce n'est pas la première fois que je soutiens l'excellence de l'extirpation du calcanéum soit au point de vue de la mortalité, soit au point de vue de la marche. M. Hancock, dans ses leçons sur la chirurgie opératoire du pied, a savamment discuté les chances de cette opération et est arrivé à la même conclusion. D'autre part, une statistique, dressée par des chirurgiens anglais, comprend 77 cas dont 37 d'extirpation totale et 40 d'extirpation partielle faites sur des individus de tout âge. Sur les 37 extirpations totales, il a fallu amputer consécutivement 4 ou 5 opérés; mais, sur 25 ou 26, le résultat a été bon ou très-bon. Sur les 40 ablations partielles, on arrive à un total de 23 ou 24 bons résultats; le reste est passable ou mauvais. Ces chiffres paraissent un peu en contradiction avec ceux cités par M. Polaillon; mais on sait qu'en pareille matière il est difficile d'arriver à des conclusions bien rigoureuses, parce que bon nombre d'observations sont publiées trop prématurément. Pour ce qui me concerne, je vous ai présenté un calcanéum que j'ai enlevé sur un enfant. J'ai revu mon opéré 3 ans après; il marchait tellement bien qu'on n'aurait pu dire de quel côté l'opération avait été pratiquée.

M. Tillaux. Je veux seulement appeler l'attention sur un des incidents de l'opération faite par M. Guyon. Notre collègue a été gêné par l'abondante hémorrhagie qui a succédé à l'ablation de la bande d'Esmarch. C'est là en effet ce qui se produit ordinairement et ce que je suis parvenu à éviter en pansant mes opérés avant d'enlever la compression. Depuis que j'agis ainsi, je puis dire que je ne vois pas une goutte de sang, ni pendant, ni après l'opération.

M. Larrey. M. Rigaud est-il bien certain d'avoir été le premier à pratiquer l'extirpation totale du calcanéum?

M. Blot. Il me semble qu'on fait trop facilement de la statistique avec un seul élément. M. Polaillon nous a indiqué l'âge des sujets opérés; mais il ne nous a rien dit de leur état général, ni des conditions locales de la lésion. Ses conclusions peuvent être justes, mais je ne crois pas qu'elles puissent être rigoureusement déduites d'éléments insuffisants.

M. Polaillon. La première extirpation du calcanéum paraît avoir été faite par Monteggia, en 1814; puis sont venus, avant M. Rigaud, Robert en 1837 et Roux en 1839. Je me suis efforcé, pour ma statistique, de rechercher les résultats de l'opération longtemps après la guérison, mais il ne m'a pas toujours été possible de me

les procurer. Quant au reproche que m'adresse M. Blot, il n'est nullement fondé, car j'ai tenu compte non-seulement de l'âge, mais encore de la nature de la maladie, de sa durée avant l'opération, etc. Qand on a affaire à une nécrose, les succès sont presque constants; avec une carie scrofuleuse, ils sont beaucoup moins nombreux. Si la durée de la maladie a été considérable, l'opération réussit moins bien. J'ai pratiqué une seule opération du calcanéum sur une femme de 25 ans atteinte de carie; mon opérée est morte d'infection purulente.

M. Desprès. Il a déjà été question ici de l'extirpation du calcanéum et je me suis élevé contre cette opération que je déclare mauvaise, car elle expose à la gangrène de l'avant-pied et nécessite parfois l'amputation de la jambe. Alors même qu'elle réussit, elle ne doit pas donner des résultats bien avantageux pour la marche; témoin cet opéré que l'on nous a présenté dernièrement et qui marchait incontestablement fort mal. Les individus sur lesquels elle est suivie de succès sont les jeunes sujets qui peuvent, presque tous, être guéris sans opération. D'ailleurs, il me semble que, sur les pièces mêmes de M. Rigaud, deux au moins ne sont pas des calcanéums, mais des sequestres du calcanéum. En somme, pour les lésions dont il s'agit, l'amputation sous-astragalienne est celle qui donne les meilleurs résultats sous tous les rapports.

M. Rigaud. J'ai constaté la présence des surfaces articulaires sur tous les calcanéums que j'ai enlevés.

M. le Dr Levschin, professeur à l'université de Kasan, donne lecture d'un mémoire sur *l'origine du rachitisme* (commissaires MM. Marjolin, Giraldès et Verneuil).

De la forcipressure comme succédané de la ligature (5e article).

Par le professeur Verneuil.

De la forcipressure multiple et passagère; moyen adjuvant dans les opérations.

Lors même que les partisans de la ligature ou de tout autre moyen hémostatique définitif ne seraient point ébranlés par les faits qui précèdent et continueraient à contester les avantages de la forcipressure appliquée aux gros vaisseaux, rien ne les empêcherait d'adopter cette dernière comme mesure temporaire utile dans certaines opérations chirurgicales où l'ouverture simultanée ou suc-

cessive de plusieurs petits vaisseaux donne lieu à un écoulement sanguin nuisible au patient et gênant pour l'opérateur.

Je pense donc que le troisième mode d'emploi de la forcipressure ne saurait soulever d'opposition sérieuse et qu'il suffira même d'en indiquer sommairement les utiles et nombreuses applications pour le faire généralement adopter. Nous savons déjà en quoi il consiste : Si dans le cours d'une opération, d'une ablation de tumeur, par exemple, un vaisseau est ouvert, on le saisit avec une pince à arrêt qu'on laisse en place et on continue la dissection. On met ainsi autant de pinces qu'on ouvre de vaisseaux; et quand la tumeur est tombée, on procède tout à son aise aux ligatures définitives, à moins qu'on ne préfère laisser en place les pinces qu'on vient d'appliquer ou employer la torsion ou l'acupressure.

C'est à un chirurgien allemand, Carl Graefe, l'un des opérateurs les plus ingénieux et les plus habiles de son temps, qu'on doit ce procédé qui fut porté à la connaissance du public en 1831, par Angelstein, *Privat docent* à Berlin[1].

« Dans les grandes opérations où un certain nombre de vaisseaux petits ou gros sont ouverts, l'écoulement sanguin met l'opérateur dans l'embarras et le malade en danger. Le sang qui jaillit masque au chirurgien la vue de la plaie et le force à suspendre l'opération jusqu'à ce qu'il ait lié les vaisseaux. Souvent plusieurs de ceux-ci sont ouverts d'un seul coup de bistouri, ce qui arrive particulièrement dans l'extirpation des grosses tumeurs, du squirrhe de la mamelle, etc. Dans ces cas, la ligature de chaque artère prolonge beaucoup l'opération, augmente les douleurs du patient et fatigue le chirurgien lui-même. Il n'est pas rare que le malade, qui s'était soumis à une opération avec le plus grand courage et qui au commencement en supportait fermement les douleurs, en arrive, par la durée trop longue de celles-ci, à des accidents nerveux qui compromettent le succès et exposent à des hémorrhagies consécutives. On y remédie habituellement en confiant à un aide le soin de placer un ou plusieurs doigts sur les vaisseaux pour arrêter momentanément le sang, et si ces vaisseaux sont peu nombreux, c'est en vérité le moyen le plus simple et le plus commode. Si au contraire le nombre des vaisseaux est grand, cette pratique a des inconvénients. Ces vaisseaux, en effet, ne sont pas toujours disposés en série de façon à ce que l'aide puisse y placer successivement ses doigts, et il arrive qu'avec 10 doigts il peut à peine obturer 5 vaisseaux. En outre, ces doigts restreignent l'espace à l'opérateur, lui

[1] *Ueber compressiv-Pincetten und ihre Gebrauch behufs vorlaufiger Blutstillungen.* — *Journal de Chirurgie* de Graefe et Walther, t. XVII, 1831, p. 161.

masquent la plaie et entravent l'opération plus que l'hémorrhagie, sans compter la possibilité de la blessure de l'aide par le chirurgien même le plus habile. Enfin, on peut se demander comment on se rendrait maître du sang si on opérait sans aide, comme sur le champ de bataille.

« Quant au tamponnement avec des éponges sèches, autre moyen d'hémostase provisoire, il a encore l'inconvénient de restreindre l'espace à l'opérateur et d'être d'ailleurs incertain et douloureux pour le malade.

« La torsion des artères, nouvellement recommandée par Amussat et Thierry, faisait espérer qu'on pourrait l'employer avec avantage dans les cas précités. Mais les recherches faites dans cette clinique n'ont pas confirmé les avantages attribués tout d'abord et d'après des raisons théoriques à cette méthode. A la vérité, le sang s'arrête après plusieurs tours imprimés au vaisseau; mais dans un grand nombre de cas il y a des hémorrhagies secondaires et on doit recourir à la ligature. C'est pourquoi on a réservé la torsion pour les cas seulement qui s'y prêtent d'une manière particulière. Cependant, comme elle arrête en réalité l'hémorrhagie, on pourrait penser à s'en servir comme d'un moyen hémostatique provisoire, quitte à faire la ligature après la fin de l'opération; mais cela est inexécutable, car le vaisseau une fois tordu n'est pas toujours facile à retrouver, et sa recherche exige beaucoup de temps. Cette perte de temps suffirait pour faire rejeter la torsion.

« Toutes ces raisons ont engagé von Graefe à proposer, pour l'hémostase temporaire, de petites pincettes compressives, dont l'utilité à déjà été démontrée dans mainte opération. Ce sont de petites pincettes courbées tenues fermées par la force élastique de leurs branches. Quand on s'en sert il faut en avoir plusieurs, jusqu'à une douzaine, suivant l'importance des opérations. Dès qu'un vaisseau est ouvert il est pris entre les branches de la pince par le chirurgien ou par un aide. La pincette qu'on cesse de comprimer se ferme d'elle-même et comprime aussitôt le vaisseau. L'hémorrhagie ainsi arrêtée, l'opérateur peut continuer son opération. Si, maintenant, on veut procéder à la ligature des vaisseaux, on prend les pincettes compressives l'une après l'autre et on les ouvre par une douce pression du pouce et de l'index sur les boutons. Tous les vaisseaux, à moins qu'ils ne soient si petits que le sang y soit arrêté par la seule application de la pincette, se laissent reconnaître après l'ablation de celle-ci par le courant sanguin qui s'en échappe. Ils sont alors liés suivant les règles de l'art. Pour cette ligature je ne connais rien de mieux que le crochet particulier recommandé par Graefe.

« La douleur que cause l'application des pincettes compressives

est moindre que celle qu'occasionne l'application des éponges. Cette méthode d'hémostase provisoire remplit parfaitement le but indiqué plus haut; aussi je crois superflu de m'étendre plus sûr ses avantages [1]. »

J'ignore l'usage qu'on fit en Allemagne des pinces de Graefe, mais je crois qu'elles n'ont pas été employées en France. Lisfranc, qui seul en dit un mot, ne s'en servait pas quand j'étais son interne en 1845.

Cependant, comme le principe était bon, il revint à l'esprit des praticiens. Nous avons vu déjà que Vidal, en 1849, MM. Boscari et Rimbaud, en 1851, sans connaître probablement la note d'Angelstein, recommandent les serre-fines dans les ablations de tumeurs pour remplacer les doigts des aides.

En 1854, Vidal revint sur ce point dans des termes fort semblables à ceux qu'avait employés l'élève de Graefe [2].

« Une application que j'ai fort recommandée, dit-il, est celle qui peut être faite pendant les grandes opérations, surtout quand la manœuvre doit se prolonger. Ainsi, pendant l'extirpation d'une tumeur volumineuse, plusieurs artères peuvent, en donnant, nuire à la précision des mouvements de l'opérateur et épuiser les forces du malade. Jeter alors une ligature sur chaque vaisseau, c'est perdre quelquefois un long temps, et si on désire réunir immédiatement, chaque fil devient un obstacle au succès de ce mode de pansement, car il faut enlever tous les fils, ce qui est encore une perte de temps et de nouvelles souffrances pour le malade.

« Faire appliquer les doigts des aides sur les vaisseaux qui donnent, c'est se priver de ces aides pendant le reste de la manœuvre, qui, d'ailleurs est singulièrement gênée par la présence de leurs mains sur la surface traumatique.

« Il est des cas où la rapidité dans l'application de l'hémostatique temporaire est d'une importance extrême; ainsi, pendant la bronchotomie, des artérioles, des veines, donnent quelquefois en abondance; le sang, en couvrant les tissus, gêne l'exécution des derniers temps de l'opération; la compression par les doigts des aides n'est guère possible ici; la ligature demande un temps précieux; elle est quelquefois difficile à exécuter, car les vaisseaux sont petits et ne font pas toujours une saillie suffisante pour être bien embrassés par le fil. La serre-fine, au contraire, saisit le vaisseau avec rapidité, elle en accroche quelquefois plusieurs d'un

[1] J'ai traduit à peu près littéralement ce court travail auquel on n'a rien ajouté d'important, théoriquement du moins.

[2] *Bull. de Thérapeut.*, t. XLVI, p. 301.

coup; quand ils ne font pas une saillie suffisante, elle prend avec eux les tissus les plus adhérents, peu importe.

« Il est bien plus important d'avoir en sa possession des serre-fines quand le tube aérien est déjà ouvert, au moment où la pénétration du sang dans la trachée est à craindre. La rapidité, la sûreté dans l'application de l'hémostatique sont alors des conditions essentielles; eh bien, avec le temps indispensable pour jeter convenablement une ligature on peut appliquer quatre serre-fines, je n'exagère pas; d'ailleurs, les avantages que je signale ici ont été mis hors de doute récemment dans un hôpital de Paris. »

Rien de plus clair ni de plus pratique que ces conseils, et cependant ils ne furent guère plus suivis que ceux de Carl Graefe. Néanmoins j'ai appris que certains chirurgiens, qui d'ailleurs n'ont rien publié, avaient l'habitude de remplacer les doigts des aides par des pinces à artères ordinaires appliquées au fur et à mesure sur les vaisseaux divisés. M. Maisonneuve, au dire de ses élèves, en agissait ainsi surtout pour apprendre à opérer seul au besoin.

Je trouve l'article suivant, non signé, dans l'*Abeille médicale*, 1853, p. 58 :

« Lorsque, dans une opération, un grand nombre d'artères sont divisées, la ligature immédiate de ces vaisseaux prend beaucoup de temps et prolonge les angoisses du patient. M. Baudens a l'habitude, en cas pareil, de saisir les artères avec des pinces à ressort qu'il laisse en place jusqu'à ce que, l'opération étant terminée, les ligatures soient appliquées. Les pinces sont moins gênantes que les doigts des aides.

« Un jeune médecin militaire, M. Hounaut, a eu l'idée de remplacer les pinces par des serre-fines dont les branches, au lieu de se terminer en pointe acérée, ont une extrémité large et aplatie. M. Luer en a confectionné de diverses grandeurs. On s'en sert comme des pinces et on les laisse de même dans la plaie, où elles tiennent beaucoup moins de place, jusqu'au pansement. On les a essayées au Val-de-Grâce avec succès. »

Ici nous constatons une éclipse et il nous faut arriver jusqu'à ces dernières années pour retrouver quelques documents nouveaux.

En 1868, nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* deux passages indiquant que MM. Kœberlé et Boinet emploient la forcipressure temporaire dans l'ovariotomie.

Le premier, d'après M. Révillout « saisit la surface saignante avec une pince à pansement semblable à celle de Charrière et maintenue serrée convenablement par un écrou » (p. 297) [1].

[1] Nous avons indiqué déjà la belle application de la forcipressure que M. Kœberlé fit, en 1864, pour arrêter une hémorrhagie de l'artère ovarique; nous reproduirons plus loin une communication du même auteur sur ce sujet.

Le second emploie des serre-fines à mors plats, munies d'un fil d'argent pour les retrouver et les retirer après l'opération (p. 559).

M. Ancelet se servit des serre-fines comme agent hémostatique provisoire dans une amputation du bras. L'hémorrhagie fournie par l'artère brachiale fut aussi facilement, aussi nettement arrêtée que pour les vaisseaux moins volumineux. L'opération fut terminée sans aucun embarras et le malade guérit. M. Ancelet, dans ce cas, ne laissa pas les serre-fines à titre définitif, uniquement parce que celles qu'il avait à sa disposition n'étaient pas assez fortes. L'opération fut faite en décembre 1868 [1].

M. Victor von Bruns, en 1873, fait connaître un moyen qu'il emploie, dit-il, depuis 20 ans, et réédite, sans les citer, les idées de Graefe et de Vidal. Voici le passage [2]:

« Si le sang vient d'une ou de plusieurs artères simultanément divisées, on peut interrompre aussitôt l'hémorrhagie par l'application des doigts sur les points jaillissants, dans le cas où la compression du rameau artériel correspondant ne pourrait se faire ni assez vite, ni assez sûrement au-dessus de la plaie.

« Un moyen commode pour une telle hémostase provisoire est la serre-fine de Vidal faite d'un fil d'argent avec des mors dentelés ou en forme de cuiller et aussi de petites pincettes d'acier que je me suis fait construire d'après le modèle des pinces à artères de Charrière avec des mors tantôt étroits et tantôt larges.

« L'emploi de ces pinces convient particulièrement quand plusieurs rameaux artériels ont été ouverts d'un seul coup de couteau, parce que d'un côté on n'est pas arrêté par l'hémorrhagie dans la continuation prompte de l'opération, et que d'un autre côté on n'expose pas le malade aux suites fâcheuses de la continuation de cette hémorrhagie. Par la prompte application de ces pincettes, si les doigts des aides ne suffisent pas à l'hémostase, l'hémorrhagie est aussitôt empêchée et l'opérateur, dans un moment convenable, procède avec soin à l'occlusion définitive des artères coupées par la torsion, la ligature ou l'acupressure. Il n'est pas rare que cette occlusion définitive soit superflue pour telle ou telle artère, parce qu'après l'ablation des pincettes provisoirement placées l'écoulement sanguin ne se fait plus par ces vaisseaux. »

La même année, MM. Péan et Urdy écrivaient :

« La section des tissus s'accompagne le plus souvent d'une hémorrhagie insignifiante ; quelquefois, cependant, lorsque les veines de la paroi sont devenues variqueuses par suite de la gêne de la

[1] *Des serre-fines comme agent hémostatique*, *Courrier médical*, 1870.

[2] V. von Bruns. *Chirurgische Heilmittellehre*, t. I, p. 239; Tubingen, 1873.

circulation intra-abdominale, l'écoulement sanguin est assez abondant. Il faut alors saisir chaque vaisseau divisé entre les mors d'une pince hémostatique qu'on laisse à demeure entre les lèvres de la plaie. Outre ce premier résultat de s'opposer à l'hémorrhagie, ces pinces en ont un second, qui est de guider l'opérateur et de lui permettre d'écarter légèrement les lèvres de l'incision [1]. »

Le 2 juillet 1874, M. Kœberlé lut à la trentième assemblée générale de la Société de médecine de Strasbourg, un mémoire *sur la réunion des plaies* [2]. Nous y trouvons le passage suivant, relatif à l'emploi des pinces dans les opérations sanglantes :

« Depuis 10 ans je me sers avec avantage pour toutes les opérations de pinces hémostatiques particulières en forme de pinces à pansement très-légères, dont les mors sont plats, creusés et engrenés vers leurs bords par des rayures transversales. Étant fermées, elles ne doivent pincer qu'à leur extrémité. Leurs branches sont munies, près des anneaux, d'un cliquet qui leur sert de point d'arrêt pour la fermeture et permet d'opérer une constriction très-forte sur des tissus d'une épaisseur variable. Ces pinces, dont l'usage tend à se propager, sont de mon invention ; elles sont connues à Paris sous le nom d'un chirurgien auquel j'en ai envoyé un modèle il y a quelques années. Primitivement le cliquet était à dents, mais le cliquet à trous dont sont munies les pinces dont je me sers, est préférable. Mes pinces hémostatiques agissent d'après le principe d'une constriction excessive à même de dessécher les tissus comprimés. Les pinces analogues qui ont été faites primitivement sur le modèle des serre-fines de Vidal, et qui sont également à même de rendre de bons services dans certains cas, mais dont la constriction est trop faible, ont été employées par moi dans mes débuts dans la pratique. M. Elser, notre cher et regretté compatriote, qui vit maintenant retiré des affaires à Auteuil, loin de l'Alsace, et dont M. Streissguth continue l'intelligente fabrication d'instruments à Strasbourg, a successivement perfectionné mes pinces hémostatiques, d'après mes indications, en leur conservant toute la force nécessaire et la plus grande légèreté. Les pinces confectionnées à Paris sont d'une fabrication très-médiocre. Ces instruments se placent facilement et rapidement, avec un peu d'habitude, au fur et à mesure que se produit une hémorrhagie. La perte de sang est ainsi diminuée d'une manière très-notable. On peut les laisser en place pendant un quart d'heure, une demi-heure, jusque vers la fin d'une opération. Lorsqu'on les enlève,

[1] Péan et Urdy. — *De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie*, p. 198, 1873.

[2] Brochure à part de 14 pages, Strasbourg, imprimerie Schultz, 1875.

l'hémorrhagie est complétement arrêtée. Quant aux vaisseaux de gros calibre, qui ont été saisis par les mêmes pinces, le chirurgien lui-même peut les entourer alors très-facilement d'une ligature, sans avoir presque recours à un aide, ainsi que cela est nécessaire lorsque l'on opère à la manière des anciens chirurgiens, en saisissant avec une pince simple ou à coulisse, etc., les vaisseaux à mesure que le sang en jaillit. On peut ainsi continuer et terminer très-vite une opération tout en plaçant une dizaine, une vingtaine de pinces, suivant les circonstances. Ces pinces sont un élément très-important de succès dans quelques opérations accompagnées d'une forte hémorrhagie. Elles permettent de restreindre considérablement la perte de sang. Par leur intermédiaire, on abrége la durée d'une opération en restreignant, en supprimant même très-souvent l'usage des ligatures. Dans les opérations d'ovariotomie, les ablations de tumeurs, etc., où un très-grand nombre de vaisseaux d'un calibre assez considérable sont intéressés, on peut le plus souvent terminer l'opération sans recourir à une seule ligature, quoique parfois une vingtaine de pinces aient dû être appliquées. Les pinces hémostatiques, ainsi que tous les objets qui sont mis en contact avec la plaie, doivent être d'une propreté minutieuse. Les mors des pinces à disséquer, des pinces hémostatiques, etc., qu'il est difficile de nettoyer autrement, doivent toujours avoir été passés au feu. »

De son côté, à une date que je ne saurais préciser faute de documents écrits, mais qui remonte sans doute à quelques années, M. Péan appliqua sur une large échelle la forcipressure comme moyen hémostatique temporaire pendant les opérations.

La publication déjà citée de 1875 n'en contient qu'un petit nombre d'exemples ; c'est, je suppose, parce que ce chirurgien, s'enhardissant peu à peu, a fini par faire de la pince son agent hémostatique définitif dans la plupart des cas où il ne l'appliquait d'abord que pendant l'acte opératoire, métamorphose du procédé que nous examinerons dans un instant.

En tout cas, l'observation suivante n'est pas sans intérêt. (Obs. VII du 2e article, p. 45.)

Ostéosarcome de l'humérus. Madame X..., 35 ans. Désarticulation de l'épaule le 15 novembre. Après l'incision des téguments, M. Péan place 2 pinces sur l'artère et la veine axillaires avant d'achever la section des parties molles, 6 autres pinces sont placées pendant l'opération sur les points saignants. Ligature métallique sur les gros vaisseaux pour pouvoir suturer immédiatement la plaie. Pas d'hémorrhagie. Guérison.

Nous ne saurions mieux faire apprécier la valeur du procédé qui nous occupe qu'en rappelant d'une part certains inconvénients de

l'hémorrhagie pendant l'opération, et de l'autre les moyens dont l'art dispose pour les combattre.

A moins qu'on ne parvienne à ischémier à l'avance et par un expédient quelconque (depuis le garrot jusqu'à la bande élastique) la région sur laquelle on porte le couteau, il faut s'attendre à la perte d'une certaine quantité de sang.

Ce déficit auquel nos pères n'attachaient d'importance que lorsqu'il était excessif et qu'ils considéraient parfois même comme salutaire, nous inspire aujourd'hui une juste crainte, à ce point que l'*économie du sang* est devenue l'un des objectifs de la médecine opératoire moderne.

L'écoulement sanguin ne nous inquiète pas seulement par sa quantité, car réduit même à des proportions minimes, il gêne notablement le chirurgien en lui dérobant, dans une plaie tant soit peu profonde et dans une région renfermant des organes délicats, la vue des tissus qu'il doit diviser. Quelle différence entre deux ligatures d'artères faites l'une au sein d'une plaie exsangue, et l'autre au fond d'un sinus continuellement rempli par le sang ! Quelle complication apporte à la trachéotomie, à l'œsophagotomie, à l'uréthrotomie externe un écoulement sanguin de quelques grammes ! La pénétration du sang dans les cavités respiratoires et digestives, dans le péritoine après la kélotomie ou l'ovariotomie entraîne également des conséquences fâcheuses ; et j'en puis dire autant même des cavités artificielles créées par le fait de l'opération, car l'accumulation ou le séjour des caillots y engendre le terrible poison septique à la fois phlogogène et pyrogène qui retarde la marche du processus réparateur et amène l'envahissement de l'économie tout entière par les pyrexies chirurgicales.

Tout praticien pénétré des dommages causés par l'hémorrhagie opératoire fait donc son possible pour la supprimer ou la réduire à son minimum.

L'hémophobie, si l'on me pardonne cette expression familière, a déjà, sans parler même des nombreux agents de la diérèse non sanglante : ligature, cautérisation, écraseur linéaire, galvanocaustique, etc., engendré de nombreux expédients à mettre immédiatement en usage.

A) *Exécution très-rapide.* — Au lieu de s'arrêter à chaque vaisseau ouvert, quelques chirurgiens conseillent de terminer aussi vite que possible l'opération, et une fois la tumeur ou le membre tombé, de procéder à l'hémostase. Ce principe a été appliqué à l'ablation de certaines tumeurs vasculaires et même à la désarticulation coxo-fémorale. Nous ne saurions le recommander. Tout au plus serait-il justifié en cas de tumeurs de petit volume ou pour la trachéotomie dont l'achèvement suffit pour arrêter l'écoulement

sanguin, ou pour la taille où encore il faut terminer l'opération avant de songer à tarir l'hémorrhagie. Dans la plupart des cas, la prestidigitation opératoire nuit singulièrement à l'exécution correcte de l'entreprise et devient la source de fautes opératoires.

B) *Détersion répétée.* — Au fur et à mesure que le sang remplit le foyer et dérobe les tissus à la vue, un aide se charge de l'absorber avec une éponge. Si l'opération est un peu longue, la surface de la plaie est ainsi 20 fois ou plus encore soumise à des attouchements, à des froissements qui sont de nature à provoquer une inflammation qu'on ne saurait croire innocente. Le dommage est plus grand encore si les éponges sont chargées d'impuretés et capables d'inoculer des matières septiques, cas plus commun qu'on ne le pense, et qui fait que plus d'un chirurgien de nos jours renonce absolument à s'en servir.

On peut aussi, pour éviter les contacts et modérer en même temps l'écoulement capillaire, déterger la plaie avec un courant d'eau froide ; mais ce moyen, qui n'est pas sans utilité dans les régions profondes, fait perdre beaucoup de temps et expose ainsi à refroidir le patient. Pour ma part je crains d'avoir ainsi provoqué une pneumonie chez un adulte auquel j'avais pratiqué la trachéotomie.

C) *Compression digitale. — Tamponnement passager.* — Tous les chirurgiens ont fait placer les doigts de leurs aides sur les orifices vasculaires pour pouvoir continuer l'opération ; c'est un moyen commode, expéditif et très-généralement applicable. Mais les reproches articulés par Graefe, Vidal, Bruns, etc., sont trop réels pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

Deux surtout sont sérieux suivant moi : d'abord il faut avoir au moins un aide, puis on s'expose à ne pas retrouver les vaisseaux que la compression a fait momentanément contracter, et qui peuvent plus tard donner du sang quand cesse le spasme. Cette compression temporaire peut s'exercer médiatement à l'aide de morceaux d'éponge, de charpie, d'amadou, dont on bourre la plaie et qu'on fait généralement soutenir par un aide ; au fond des plaies, dans les cavités muqueuses, cet expédient peut rendre service, mais il a les mêmes inconvénients que la compression digitale et demande plus de temps.

D) *Ligatures successives.* — Le mieux est sans contredit de lier chaque vaisseau qui fournit une notable quantité de sang ; c'est pourquoi presque tous les chirurgiens en agissent ainsi. Avec le chloroforme, on ne craint plus de prolonger trop l'acte opératoire ; on pourrait même dire que sa durée totale est un peu abrégée, puisqu'on n'a plus de temps à perdre pour rechercher et retrouver les vaisseaux qui ont été ouverts. En revanche, il est fâcheux de quitter à chaque instant le bistouri, et d'ailleurs l'application d'une

ligature qui serait très-facile et très-rapide à la surface d'une plaie béante, même concave, devient fort laborieuse sinon impossible dans la profondeur, près du pédicule d'une tumeur et dans l'espace étroit compris entre elle et les parties qu'on respecte. La constriction suffisante du fil est particulièrement malaisée à atteindre.

E) *Forcipressure.* — Quiconque en voudra faire l'essai, se convaincra que la forcipressure, dans l'immense majorité des cas, remplace avec avantage tous les moyens précédents. Je l'emploie constamment depuis quelques mois seulement, mais je suis absolument gagné à sa cause et je regrette fort de ne pas l'avoir adoptée plus tôt. A la vérité, elle n'est commodément applicable qu'avec des instruments assez solides et assez volumineux : les pincettes compressives de Graefe, les serre-fines, les serre-plates, et autres petites pinces analogues n'offrent pas assez de prise aux doigts, sont difficiles à porter dans la profondeur et ne serrent pas assez les parties étreintes. Les inventeurs recommandent d'en avoir plusieurs modèles , mais cela complique trop l'arsenal opératoire.

Les pinces à ligatures ordinaires, les pinces à anneaux, à arrêt, mais surtout les pinces dites hémostatiques que nos fabricants d'instruments nous livrent aujourd'hui, à la fois fortes, légères et longues de 12 centimètres environ, sont d'un maniement extrêmement facile et conviennent à tous les cas communs [1]. Dès qu'un jet sanguin apparaît, on saisit le point d'où il sort ; un aide tant soit peu exercé pourrait très-bien remplir cette tâche. L'opérateur n'est pas forcé de lâcher le bistouri, il n'est pas même nécessaire de voir l'artère, et dans la profondeur, quand le sang s'échappe en sifflant ou en bouillonnant, il suffit de trouver, avec la pulpe de l'index gauche, la source jaillissante et de glisser les mors de la pince entrouverte sur la pulpe de ce doigt. En prenant soin de placer une pince partout où se montre un jet sanguin provenant d'une artère, d'une veine, d'un canal anastomotique, on est sûr que rien n'échappe, et on se met à l'abri de ces hémorrhagies secondaires précoces qui apparaissent quelques heures après l'opération, sous le pansement et entraînent des suites si fâcheuses.

On ne saurait croire combien cette manœuvre est sûre et rapide, combien à son aide on est peu gêné par le sang pendant l'acte opératoire, et enfin combien le patient perd relativement peu de ce

[1] M. Kœberlé a tort de dire que les pinces hémostatiques confectionnées à Paris sont d'une fabrication très-médiocre ; elles sont d'ailleurs semblables à celles qu'il figure dans son mémoire ; pour notre compte nous n'avons jamais eu à nous en plaindre.

fluide dans des opérations même très-longues et mettant à nu d'énormes surfaces.

L'opération achevée, non-seulement il est très-aisé de retrouver tous les vaisseaux dont on veut faire la ligature, mais encore ce dernier acte s'exécute sans la moindre difficulté ; le concours d'un aide n'est nullement nécessaire ; la pince tombant par son propre poids attire le vaisseau et on glisse le fil au-dessous d'elle. La forme olivaire des mors réunis conduit la ligature au point convenable aussi bien que la pince anglaise. Si toutefois on a saisi le vaisseau trop médiatement, c'est-à-dire avec trop de parties molles ambiantes, rien de plus simple que de desserrer la pince et de la replacer plus près de l'orifice vasculaire. Tout cela se faisant en quelques secondes, la durée totale de l'opération en devient aussi courte que possible. Je considère comme sans grande valeur les objections tirées du nombre des pinces qu'il est parfois nécessaire d'employer, du volume de ces pinces, de l'encombrement de la plaie qui devrait en résulter, et de la gêne apportée à la manœuvre.

J'affirme avoir, dans certaines plaies, placé 12 à 15 pinces [1] sans avoir été le moins du monde entravé. Le premier aide venu peut d'ailleurs tenir les anneaux, les soulever, les porter d'un côté ou d'un autre pour dégager le champ opératoire. Je note en passant que jamais les pinces ne lâchent prise.

On ne peut reprocher à ce procédé que la nécessité où on se trouve d'avoir à sa disposition un grand nombre de pinces hémostatiques. A cela je n'ai rien à répondre, sinon qu'elles ne sont pas bien chères, qu'elles peuvent resservir indéfiniment, que pour les cas vulgaires six de ces instruments suffisent et qu'enfin pour les grandes entreprises chirurgicales il est indispensable d'être convenablement outillé.

Forcipressure après l'ablation de l appareil d'Esmarch.

Lorsqu'on peut ischémier à l'avance, par l'hémostase préventive indirecte, toute la région sur laquelle on opère, la forcipressure passagère est inutile. Cependant il est un cas où elle peut servir encore et s'associer à l'hémostase provisoire indirecte : c'est celui où on s'est servi, dans les amputations par exemple, de la bande élastique d'Esmarch.

On sait que si, par ce moyen, on opère comme sur le cadavre, il

[1] Dans l'ovariotomie j'ai vu plus de 40 pinces en place sans le moindre inconvénient pour l'opérateur.

est commun, de voir après l'ablation de la bande, le sang sourdre avec profusion d'un grand nombre d'orifices.

L'application des ligatures en est gênée, et si expéditivement qu'elle soit faite, on a encore le temps de perdre une certaine quantité de sang, ce qui ôte au procédé une partie des avantages qu'il promet.

La forcipressure multiple rend ici des services. Muni d'un nombre suffisant de pinces, le chirurgien, au fur et à mesure qu'on desserre la bande élastique, les place sur les orifices vasculaires ; cela se fait très-rapidement et permet d'attendre que les vaisseaux aient repris leur tonicité.

De la forcipressure préventive.

Ce n'est pas seulement après l'ouverture des vaisseaux que la forcipressure intervient dans les opérations sanglantes, car déjà, on a employé les pinces ou divers instruments analogues comme agents d'hémostase préliminaire, c'est-à-dire pour empêcher l'abord du sang vers la région sur laquelle on va opérer.

Il faudrait même remonter assez loin dans l'histoire pour trouver le germe de cette idée. Ne la reconnaît-on pas, par exemple, dans l'emploi, aux dix-septième et dix-huitième siècles, des *morailles* que Heister, entre autres, recommande dans l'opération du bec de lièvre pour rendre cette opération plus commode, plus douce, et pour empêcher l'hémorrhagie par la compression qu'elles exercent sur les lèvres[1] ; dans l'usage, en médecine vétérinaire, des *casseaux* destinés à faciliter la *castration*[2], et jusque dans les diverses pinces imaginées pour saisir et fixer le prépuce dans l'opération du phimosis, pour opérer les hémorrhoïdes, etc.

Ce procédé n'a eu jusqu'à présent que des applications restreintes qui méritent cependant une mention.

Tout le monde connaît l'ingénieux procédé de M. Desmarres, pour l'extirpation des tumeurs des paupières. « Dans ces petites opérations, disait-il en 1847[3], le chirurgien est singulièrement gêné par le sang, et il ne peut souvent donner un coup de bistouri qu'à de longs intervalles, surtout s'il veut opérer avec soin et ne faire aucune perte de substance inutile, soit dans le tarse, soit dans tout autre tissu. Un filet d'eau lancé par un aide au moyen d'une seringue à canule étroite, la compression au moyen des doigts ou de l'élévateur de Lusardi, ne suffisent pas, surtout dans les cas

[1] Voir Louis. *Mém. sur l'opération du bec de lièvre*. Acad. royale de chir.

[2] Voir ces mots : *Nouv. dict. des sciences méd. et vétérinaires*, 1863.

[3] *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 1847, p. 143.

où la dissection doit être laborieuse. Le sang gêne toujours, la manœuvre est laborieuse et il faut un temps très-long pendant lequel le courage des malades est mis à une rude épreuve. C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai fait construire par M. Charrière une pince. » Suit la description de l'instrument bien connu.

Plus tard, M. Snellen a modifié cet instrument ; de son côté, M. Warlomont, afin d'exécuter le procédé de M. Anagnostakis pour l'ectropion et le trichiasis, se sert de la pince de M. Desmarres, qui a pour objet d'empêcher l'abord du sang pendant toute la durée de l'opération qui se fait ainsi sans aucune entrave et comme sur le cadavre [1]. Enfin, tout récemment, M. Demarquay recommandait une pince analogue pour faciliter l'avivement des fistules recto-vaginales.

De nos jours, M. Péan a poussé plus loin encore l'application du principe dont les avantages sont vantés par MM. Denis et Exchaquet, dans l'article déjà cité de 1875 [2].

« Pour que ce procédé soit applicable, disent ces auteurs, il faut que l'opération porte sur une tumeur facile à circonscrire ; exemple : tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser, productions polypeuses très-vasculaires, tumeurs érectiles assez saillantes et assez limitées, tumeurs de la face, des paupières, des joues, des lèvres, de la langue, de la vulve, de l'anus, du col utérin, en un mot, productions morbides diverses qu'on pourrait isoler à leur base avec une ou plusieurs pinces de formes et de dimensions spéciales.

« L'hémostase préliminaire ainsi produite permettra d'apporter plus de soin à la dissection de ces tumeurs, tout en abrégeant la durée totale de l'opération. »

Plusieurs faits sont cités à l'appui de ces propositions. J'en vais donner une courte analyse pour faire bien comprendre le procédé.

Tumeur épithéliale de la joue, située au niveau de l'os malaire et un peu plus large qu'une pièce de 50 centimes. Deux pinces placées l'une obliquement en haut et en arrière, l'autre en bas et en avant, saisirent la base de la tumeur dont on put faire minutieusement la dissection sans perdre une goutte de sang.

Tumeur épithéliale intersurcilière, chez un enfant de 7 mois 1/2, large comme une pièce de 1 franc ; pour l'extirper et éviter l'hémorrhagie, on saisit avec quatre pinces les quatre angles de la tumeur pour la circonscrire à peu près complétement. La dissection fut des

[1] *Supplément au traité de Mackenzie*, par MM. Testelin et Warlomont, 1865, p. 82.

[2] *Gaz. méd.* 1875, p. 31.

plus simples; les pinces furent retirées au bout de quatro heures. Point d'hémorrhagie. Réunion presque complète par première intention.

Hypertrophie avec allongement de la lèvre antérieure du col utérin. Une pince, longue de 25 centimètres, placée sur un des côtés de la partie hypertrophiée sert à l'attirer ; au-dessus, une autre pince semblable est appliquée sur l'autre côté. L'abord du sang étant empêché, on coupe, au ras des mors, toute la partie proéminente avec le bistouri. Les pinces, enlevées au bout de quelques minutes, sont remplacées par deux éponges qu'on laisse jusqu'au lendemain matin. Pas d'hémorrhagie.

Tumeur érectile de la langue, congénitale, siégeant sur le bord gauche et occupant plusieurs centimètres. Hémorrhagies répétées. Opération le 9 janvier 1875. Première pince placée transversalement sur la langue, derrière la tumeur. Deuxième pince antéro-postérieure sur la ligne médiane de l'organe ; troisième pince sur le plancher buccal. La tumeur ainsi cernée est aisément disséquée avec le bistouri. On enlève les trois pinces l'une après l'autre, et on place successivement six petites pinces hémostatiques sur les artères qui donnent. L'écoulement sanguin est insignifiant et l'opération très-rapide. Au bout de 24 et de 36 heures toutes les pinces sont retirées et il n'en résulte aucune perte de sang.

Tumeur de la moitié droite de la langue, très-vasculaire, du volume d'une petite noix. Chloroformisation. Langue attirée au dehors avec une pince à griffes. Première pince, grand modèle à mors longs et étroits, placée sur la ligne médiane; deuxième pince, de même grandeur, appliquée transversalement derrière la tumeur; troisième pince sur le plancher de la bouche. Ces trois instruments se touchent par l'extrémité de leurs mors, et, par conséquent, circonscrivent entièrement la tumeur, laquelle est rapidement enlevée avec deux coups de ciseaux sans qu'il coule une goutte de sang. Les grandes pinces enlevées, sept pinces ordinaires sont placées sur les vaisseaux ouverts. Suites de l'opération très-simples ; suintement séro-sanguinolent sans importance. Cinq des pinces sont enlevées au bout de 21 heures, les deux autres, étreignant les vaisseaux les plus importants, sont laissées 5 heures de plus. Cicatrisation rapide.

A propos de ces deux dernières opérations les auteurs de l'article ajoutent les remarques suivantes :

« Les avantages de cette méthode pour l'ablation des tumeurs de la langue sont incontestables ; opérant avec l'instrument tranchant et sans être aveuglé par le sang, le chirurgien peut toujours se rendre compte de l'état des tissus qu'il divise. Enfin, en supprimant complétement l'hémorrhagie contre laquelle l'écraseur et le galvano-cautère ne garantissent pas infailliblement, elle permet d'administrer le chloroforme sans danger. »

Quoique n'ayant pas grande expérience personnelle sur la forcipressure préventive, nous sommes disposé à l'admettre parmi les agents de cette hémostase préliminaire si favorable et à l'économie du sang et à la bonne exécution opératoire. Nous savons déjà que la pince de M. Desmarres est très-généralement adoptée et qu'elle rend de réels services. Nous encouragerions volontiers l'extension du principe à la condition, toutefois, qu'elle ne fît pas oublier les excellents résultats fournis par les autres procédés de l'exérèse non sanglante : l'écraseur linéaire, l'anse et surtout le couteau galvanique. En effet, tandis que la forcipressure préliminaire ne dispense pas de l'application ultérieure des ligatures ou des autres agents d'hémostase définitive, l'écraseur linéaire ou la galvanocaustique bien maniés donnent lieu à une plaie qui, sauf les cas exceptionnels, est et reste tout à fait exsangue.

J'ai tout récemment (juillet 1875) combiné avec succès la forcipressure préliminaire avec la galvanocaustique dans un cas qui pourrait, tout spécial qu'il soit, devenir le type d'un procédé régulier.

M..., 52 ans, d'une constitution athlétique, ayant toujours joui d'une excellente santé, est affecté d'un épithélioma de la langue, dont le début remonte à une année environ.

Le mal a envahi les deux moitiés de l'organe, mais d'une manière inégale. A droite, il s'étend jusqu'au tiers postérieur; à gauche, il ne comprend que la moitié antérieure. La langue a cependant conservé sa mobilité; elle peut être portée dans tous les sens et être tirée hors de la bouche, grâce à la souplesse dont jouissent encore les parties correspondant au plancher buccal.

L'opération est indiquée, mais son exécution offre quelques difficultés en raison de l'extension considérable de la tumeur en arrière. En effet, avec l'écraseur et en opérant par la bouche, il eût été fort malaisé de conduire la chaîne au delà des limites de l'épithélioma. On y serait parvenu en conduisant cette chaîne sur la base de la langue par la région sus-hyoïdienne; mais alors on aurait fait une section transversale, enlevé, par conséquent à gauche, une grande étendue de tissus sains, et ainsi réduit l'organe à sa plus simple expression.

Il était évidemment préférable de suivre exactement la ligne sinueuse qui circonscrivait en arrière la production morbide. Trois procédés pouvaient y parvenir : 1° l'instrument tranchant avec ligature préalable des deux artères linguales; 2° le même instrument tranchant avec application préliminaire de plusieurs pinces, à la manière de M. Péan; 3° le couteau galvanique conduit de la superficie à la profondeur, comme le bistouri ordinaire.

Le premier procédé compliquait beaucoup l'opération sans prévenir sûrement l'hémorrhagie consécutive.

Le deuxième exigeait des instruments spéciaux d'une application

malaisée d'ailleurs dans le cas présent. Le troisième, au contraire, permettait d'espérer à la fois une dissection précise et une hémostase immédiate.

Trois fois déjà je l'avais mis en usage avec succès dans des cas d'épithélioma lingual, à la vérité beaucoup moins étendu, unilatéral, et situé dans des régions beaucoup moins vasculaires et plus accessibles de l'organe.

Du reste, devant ici diviser nécessairement les deux artères linguales dans un point où elles sont volumineuses, je crus utile d'ajouter à l'emploi du galvano-cautère, l'oblitération préliminaire des vaisseaux susdits, à l'aide du procédé suivant.

La langue, saisie à sa pointe avec une pince de Museux, fut attirée hors de la bouche et en haut. La face inférieure étant ainsi bien exposée, je fis à la muqueuse, près du frein et exactement sur la ligne médiane, une petite incision, de façon à découvrir l'interstice des muscles génio-glosses. Une sonde cannelée, portée dans cet interstice, s'y fraya facilement une route médiane antéro-postérieure qui, traversant la langue de part en part, arriva en arrière jusqu'à la pulpe de l'index gauche placé au delà des limites extrêmes de l'induration. La voie étant suffisamment large, grâce à la laxité du tissu conjonctif intermusculaire, je glissai, le long de la sonde cannelée, la branche gauche d'une longue pince à polypes dont la branche droite, de son côté, reposait sous le bord gauche de la langue.

Lorsque l'instrument me parut assez profondément placé, je serrai les branches qui nécessairement comprenaient dans leur intervalle l'artère linguale gauche avec les muscles qui l'entourent.

La même voie médiane me servit à répéter la même manœuvre avec une seconde pince qui étreignait la linguale droite. Cette double application, d'une exécution très-simple, exigea à peine quelques minutes. Les deux pinces parallèles et reposant sur les incisives inférieures ne gênèrent en aucune façon les manœuvres ultérieures.

Je me mis alors à isoler la tumeur avec le couteau galvanique et j'y parvins, non sans quelques difficultés, en raison de la friabilité du tissu pathologique qui se déchira plusieurs fois sous l'influence des tractions exercées pour attirer la langue au dehors.

La section du côté gauche ne donna pas une seule goutte de sang; à droite, j'eus un jet artériel fourni par la linguale, mais par suite d'une petite faute opératoire. Mon galvano-cautère ayant été un instant mal conduit, atteignit l'artère *au-dessous* de la pince à polype. J'en fus quitte pour saisir l'orifice vasculaire avec une petite pince hémostatique que je laissai dans la bouche et qui y resta 36 heures sur les instances du patient qui, de peur de voir surgir le sang, préféra supporter la gêne d'ailleurs modérée causée par l'instrument.

Les notions anatomiques et diverses expériences tentées sur le cadavre m'ont prouvé qu'il était aussi facile, à l'aide de la forcipressure préventive, de soumettre la linguale à l'hémostase préliminaire que les artères des membres.

De la forcipressure multiple et prolongée comme moyen hémostatique définitif.

Le quatrième procédé de la méthode consiste simplement à laisser en place, pendant un temps plus ou moins long, les pinces hémostatiques qu'on a posées sur chaque vaisseau ouvert pendant ou après une opération. Le même agent sert ainsi à l'hémostase définitive, après avoir procuré l'hémostase temporaire.

Cette innovation, bien que fort naturelle, est de date relativement récente, et sauf les cas de nécessité où elle a été mise en usage depuis assez longtemps, elle n'a été formellement recommandée que depuis quelques années. L'inventaire historique en sera donc rapidement dressé.

Vidal, de Cassis, est certainement le promoteur de l'idée, non-seulement quand, pour certains abcès du périnée, il pose et laisse en place des serre-fines sur les artérioles ouvertes, mais encore quand, après avoir enlevé une petite tumeur de l'oreille, il arrête l'écoulement sanguin avec la serre-fine qui séjourne 24 heures.

Après lui, vient M. Ancelet qui, dès 1860, propose catégoriquement l'emploi des mêmes serres-fines, comme agent d'hémostase définitive. C'est dans le même but que M. Nunneley, en 1867, imaginait ses petites pinces à ressort.

Personne néanmoins ne va si loin que M. Péan, comme l'attestent les faits rapportés dans l'article déjà cité de MM. Deny et Exchaquet. D'après ce chirurgien, la forcipressure prolongée convient à toutes les opérations de la chirurgie courante: amputations, résections, extirpations de tumeurs superficielles ou profondes; partout et toujours les pinces sont laissées, même en nombre considérable, même dans les cavités muqueuses ou séreuses, pendant un temps qui varie entre quelques minutes, quelques heures ou quelques jours. Je renvoie au mémoire en question ceux qui voudraient connaître tous les détails de cette pratique, et j'examinerai seulement jusqu'à quel point une réforme aussi radicale est justifiée.

J'ai, dans le chapitre précédent, loué sans réserve la forcipressure adjuvante dans les opérations sanglantes, et j'espère que cette utile pratique sera généralement adoptée. Mais je serai plus réservé pour l'emploi des pinces à demeure, bien que je les aie utilisées moi-même, là où les ligatures étaient praticables, comme par exemple dans l'observation X de mon premier chapitre. Ici encore je veux éviter toute exagération et comparer impartialement les pinces multiples avec les ligatures multiples.

Il est clair que l'on peut se servir, dans ce parallèle, des arguments exposés déjà à propos de l'aplatissement des artères et examiner

comparativement les deux méthodes au point de vue de leur efficacité, de leur application et de leurs inconvénients respectifs.

Efficacité. Nul doute que la ligature, au moins jusqu'à sa chute, n'oppose à l'issue du sang une barrière infranchissable. Nul doute encore qu'au moment de cette chute, l'hémostase définitive ne soit généralement assurée, à moins de circonstances exceptionnelles. Pour les petits vaisseaux, le fil est donc un excellent moyen qui met presque certainement à l'abri des hémorrhagies secondaires. Mais on en peut dire tout autant de la pince. Quand elle est restée sur une artère pendant un *temps suffisant* (nous reviendrons sur ce terme), l'arrêt du sang est certain et je ne sache pas qu'on l'ait encore vu sortir de nouveau du vaisseau comprimé.

Donc les deux moyens ont une valeur pratique égale.

Rapidité d'exécution. Tout l'avantage est ici pour les pinces. Le chirurgien, pendant le cours de l'opération, les a posées sans le secours de personne et en quelques instants. Si quelques-unes d'entre elles ne sont pas convenablement appliquées, il les ôte et les remet en un clin d'œil; en les laissant en place, il abrége la durée totale de l'opération de tout le temps que dépense la pose méthodique des fils. Il économise au patient les douleurs inhérentes à l'exécution des ligatures, douleurs assez vives à la fin de l'acte opératoire, alors que le sommeil anesthésique a cessé. Enfin il épargne à la plaie ces attouchements multiples, prolongés, irritants, que lui font subir les éponges, la charpie et les doigts de l'opérateur.

Donc, sous ces rapports, *la supériorité de la forcipressure est indéniable.*

Quant aux inconvénients dus à la présence dans la plaie d'un nombre plus ou moins considérable d'instruments métalliques, il serait puéril de les contester, mais injuste aussi de les exagérer; apprécions-les donc à leur juste valeur.

Il est certain que les ligatures, coupées au ras des nœuds ou convenablement disposées sur les bords de la plaie, ne causent aucune gêne et n'entravent aucun mouvement.

Au contraire, pour obtenir l'immobilité des pinces, il faut souvent donner à la région opérée et même au patient tout entier des attitudes particulières plus ou moins prolongées et incommodes. Dans les cavités naturelles, bouche, rectum, vagin, les pinces ne sont tolérées que grâce à la bonne volonté des blessés. Cette condition s'observe le plus souvent chez les sujets raisonnables et que l'effroi de l'hémorrhagie rend patients et dociles, mais elle peut faire défaut chez les enfants indociles, chez certains adultes insubordonnés et chez les sujets atteints de délire. Le mieux alors est de renoncer à la forcipressure permanente.

Dans les plaies extérieures, au cou, au tronc, aux membres, on

profite, pour employer les pinces permanentes, de l'immobilisation, aisée à obtenir et à supporter, et que commande l'intérêt même de la blessure. La douleur, je puis l'affirmer, est nulle, et quant à la gêne, elle peut être singulièrement atténuée : 1° en se servant d'instruments aussi légers et aussi peu volumineux que possible; 2° en abrégeant le plus qu'on peut la durée du séjour.

Dans le cas où j'ai placé sur la tête d'un opéré une couronne de pinces (obs. X du premier chapitre), j'ai eu soin d'appliquer surtout les petites pinces à pression continue, dites à *lymphatiques*, qui sont courtes et légères.

Tout récemment, j'ai fait sur un enfant l'extirpation complète des parties molles de l'orbite, pour une tumeur fibro-plastique récidivée. Au fond de la plaie, j'ouvris 3 vaisseaux dont la ligature eût été bien difficile, et qu'en conséquence je saisis avec des pinces hémostatiques ordinaires de 12 centimètres. L'opération terminée, je les remplaçai par 3 pinces à lymphatiques de 4 centimètres qui, dépassant à peine le rebord orbitaire, restèrent 4 jours en place sans déterminer la moindre gêne.

La durée du séjour peut être également abrégée ; en d'autres termes on peut enlever les pinces dès que l'oblitération des vaisseaux est assurée. Les recherches anciennes sur les ligatures temporaires ont prouvé que l'occlusion définitive d'artères même volumineuses se faisait en un temps relativement assez court, 24 à 36 heures en moyenne; d'où l'on peut conclure qu'en quelques heures la forcipressure est capable de boucher solidement les artères de 1 à 3 millimètres que l'on ouvre le plus souvent dans les opérations ordinaires, les ablations de tumeurs en particulier.

Si l'on en croit M. Kœberlé et les élèves de M. Péan, l'action des pinces serait plus expéditive encore, car dans la plupart des faits que ces derniers rapportent il est dit qu'après l'opération terminée on peut enlever sur le champ la moitié des pinces et supprimer le reste au plus tard 24 ou 36 heures après. D'où résulterait, en somme, la libération totale assez prompte du foyer traumatique.

Je crois volontiers à l'action rapide de la forcipressure, sachant bien qu'avec la simple compression digitale (moyen évidemment moins énergique) on arrête en une heure et même moins le sang provenant de vaisseaux d'un volume notable. Mais je sais aussi qu'il faut se méfier de ces hémostases temporaires et craindre à leur suite les hémorrhagies secondaires précoces. Aussi je me demande sur quel indice on se base pour enlever telle pince au lieu de telle autre, abstraction faite des cas où l'on se rappelle exactement la situation des plus gros vaisseaux.

C'est pourquoi, jusqu'à plus ample information, je crois

prudent ou de faire les ligatures, ou de laisser les pinces en place pendant au moins 12 ou 24 heures.

Il est une dernière considération que l'on pourrait invoquer à l'avantage de la forcipressure permanente; je veux parler de l'ablation précoce des corps étrangers.

Si les ligatures encombrent peu la plaie, en revanche elles y séjournent plus ou moins longtemps, et quelquefois ne se détachent qu'avec une lenteur désespérante. On ne tire pas toujours impunément sur les fils, et si on les laisse au fond des sinus de la plaie, ils retardent la cicatrisation. Avec la forcipressure, au contraire, l'ablation des pinces, facile et innocente, débarrasse complétement le foyer au bout de 24 heures en moyenne.

Je ne méconnais pas, du reste, les obstacles que le séjour des pinces apporte à l'exécution de certains pansements (réunion immédiate, pansement ouaté, etc.), mais je renvoie sur ce point à ce que j'ai dit précédemment.

En résumé, je pense :

1° Que la forcipressure permanente ne saurait être posée en méthode générale à l'exclusion de la ligature ordinaire.

2° Qu'elle peut lui être associée dans certains cas.

3° Qu'elle rendra d'autant plus de services qu'on évitera plus soigneusement d'en faire abus.

En terminant ce travail, je dois m'excuser de l'avoir peut-être trop étendu, mais j'ai pensé qu'en préconisant une méthode opératoire sinon nouvelle, au moins oubliée et mal utilisée, il ne fallait pas être avare de raisonnements et de preuves.

En dressant l'inventaire complet de la question, je crois avoir mis les praticiens en état de juger en connaissance de cause, et de rejetter ou d'admettre le moyen qui leur est offert.

Dans quelques années, sans doute, il y aura lieu de réviser les propositions ici formulées; j'ai l'espoir que le présent travail rendra cette tâche facile à nos successeurs [1].

[1] Au moment où je corrige les épreuves de cet article (12 août), j'ai sous les yeux une brochure de MM. Deny et Exchaquet, parue il y a quelques jours (*De la forcipressure*, in-8°, 63 pages, librairie Germer-Baillière); c'est la reproduction de l'article de la *Gazette médicale*, augmentée de quelques remarques et d'un historique fort incomplet. Je dois signaler également la publication de la thèse que j'avais annoncée sur les *serre-nœuds artériels;* elle a été soutenue le 9 juillet 1875 par M. le Dr Duany y Soler.

Plusieurs erreurs typographiques ont échappé à la correction dans le courant de ce travail, on les trouvera signalées à la fin du volume aux *Errata*.

Rapports.

Rapport sur une observation de M. le Dr Coustan, intitulée : **Fracture du rocher. Rejet de la pulpe cérébrale par l'oreille droite; guérison rapide,** *au nom d'une commission composée de MM. Boinet, Marjolin et Paulet, rapporteur.*

Messieurs,

Vous avez reçu de M. le Dr Coustan, médecin aide-major de l'armée, une observation dont je dois vous rendre compte et dont je veux d'abord vous retracer en quelques lignes, les traits principaux.

Le 16 octobre 1874, un homme de 34 ans tombe, d'une hauteur de 5 mètres, sans que l'on sache exactement quelle partie du corps a porté sur le sol pavé en cet endroit. Perte immédiate de connaissance, résolution des membres, contracture des paupières et des mâchoires, pouls à 35 pulsations, écoulement abondant de sang par l'oreille droite, tels sont les symptômes observés à 5 heures 1/2 du soir, 1 heure 1/2 après l'accident. Notons en outre que le cuir chevelu ne présente ni solution de continuité, ni trace de contusion, et que la sensibilité est partout intacte.

Dans la soirée survient un nouveau et fort sérieux symptôme à propos duquel je me borne à transcrire ici la rédaction même de l'auteur : « Pendant ce temps, nous dit-il, le sang s'écoulait par l'oreille aussi abondant qu'au début; mais, chose plus grave, ce sang amenait par moments à l'ouverture du conduit auditif externe des grumeaux de pulpe cérébrale. En introduisant une curette dans l'oreille, je pus retirer des débris de bouillie cérébrale en présence d'un confrère, le Dr Brulley, ancien interne à Lariboisière, appelé en consultation. Nous pûmes ainsi extraire de l'oreille ou en voir sortir, entraînés par le sang, 7 à 8 fragments de pulpe, gros comme des grains de blé. »

Le lendemain la réaction se prononce, la peau est chaude, le pouls plein, vibrant, mais toujours lent. La sensibilité et la motilité sont conservées. Il existe de la photophobie, sans dilatation des pupilles et j'ajouterai sans contraction appréciable, car il est probable que l'auteur eût noté ce symptôme s'il s'était produit. Les jours suivants, nous assistons au rétablissement graduel de toutes les fonctions, sans incident bien notable. Le pouls monte à 45, puis à 50, pour reprendre son type normal à partir du 8e jour. La miction s'effectue bien. L'intestin reste longtemps paresseux, et l'on a beaucoup de peine à vaincre la constipation pendant les 15 ou 20 premiers jours, ainsi qu'il arrive ordinairement à la suite d'une

commotion cérébrale un peu violente. L'intelligence, tout à fait abolie dès le début, n'a commencé à revenir que le 3e jour, mais d'une façon très-lente; délire calme presque constant; le 7e jour, demi-stupeur; le 13e jour, idées à peu près nettes, mais amnésie. C'est seulement à partir du 15e jour que le malade raisonne bien; encore se livre-t-il, de temps à autre, à des scènes bizarres et conserve-il pendant longtemps une loquacité et une inégalité de caractère dont on peut trouver la raison dans les vieilles habitudes d'alcoolisme. Dès que le blessé a pu rendre compte de ses sensations, il a accusé une céphalalgie sus-orbitaire extrêmement douloureuse qui n'a pas tardé à diminuer d'intensité, mais qui n'a complétement disparu qu'après plus d'un mois, laissant le malade sujet à des éblouissements et à des vertiges toutes les fois qu'il voulait regarder un objet situé plus haut que sa tête. Pour terminer cette énumération de symptômes, nous signalerons enfin une dilatation légère des pupilles, les 15e et 16e jours, et un peu de diplopie passagère, le 16e. Jamais il n'y a eu d'ecchymose sous-conjonctivale, ni d'écoulement séreux par l'oreille.

En continuant la lecture de cette observation, nous trouvons, à la date du 24 novembre, la mention d'un phénomène singulier sur lequel il eût été désireux que l'auteur se fût un peu plus appesanti. « Depuis peu de jours apparaît au-dessus de l'oreille droite, sur le pariétal, à 4 centimètres au-dessus du pavillon, une tumeur dure, non fluctuante, grosse comme une aveline, ne roulant pas sous le doigt, un peu douloureuse à la pression, sans battements. — 8 décembre, une deuxième tumeur se montre à deux ou trois centimètres plus haut que la première; elle est petite, de la grosseur d'un haricot, moins bien limitée. » Quelle a été l'origine de ces tumeurs? Quelle en est la nature? Voilà ce qu'il nous serait bien difficile de dire en l'absence de renseignements plus précis; malheureusement l'auteur n'en reparle plus, sinon pour nous apprendre que, le 15 mars 1874, « les tumeurs crâniennes n'ont pas augmenté de volume. »

Malgré cette légère omission, il ne m'en coûte nullement d'adresser des éloges à M. le Dr Coustan, pour le soin avec lequel son observation est rédigée, et je bornerais là mon rapport, s'il ne m'avait paru qu'un point spécial de cette intéressante communication laissait encore quelques doutes dans l'esprit du lecteur et méritait au moins une discussion de quelques instants. D'ailleurs, le rédacteur lui-même n'a pu s'empêcher d'être frappé, embarrassé par la marche anormale, irrégulière de ce cas pathologique; aussi reconnaît-il que si son observation présente une série de symptômes se rapportant à la commotion, elle est loin de ressembler aux observations classiques de fracture de la base du crâne.

Pourtant, ce n'est point à propos de la fracture que je veux épiloguer. Il est incontestable que les symptômes mentionnés au cours de la rédaction se rapportent tous à la commotion cérébrale du deuxième degré; j'en excepte, bien entendu, cet écoulement sanguin de l'oreille droite qui n'a duré que quelques heures pour cesser définitivement et qui n'a probablement, dans le cas présent, qu'une médiocre valeur séméiologique au point de vue de la fracture. Toutefois, malgré l'absence d'ecchymose sous-conjonctivale, bien que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par l'oreille ait fait défaut, il peut se faire que la base du crâne ait été fracturée. L'observation ne me donne pas de certitude à cet égard; mais, comme la chose n'est pas impossible, j'accepte la fracture et je passe outre.

Ce qui m'arrête, ce que je trouve tout à fait extraordinaire, c'est la gravité extrême de cette fracture, tandis que les symptômes observés ont été d'une bénignité presque banale. M. le Dr Coustan lui-même n'en éprouve pas une moindre surprise lorsqu'il écrit : « Puisqu'il y a eu rejet de matière cérébrale par l'oreille droite, il y a eu attrition du cerveau, et pourtant dans les symptômes notés nous ne trouvons rien se rapportant d'une façon formelle à la contusion du cerveau ou à l'inflammation du cerveau et de ses enveloppes, accidents qui auraient dû suivre l'attrition de la substance cérébrale. » Y a-t-il eu issue de la pulpe cérébrale ? Toute la question est là, et ce n'est qu'avec une extrême réserve que je me permets de la poser, en présence de l'affirmation si nette de mon jeune camarade de l'armée et de son distingué collaborateur. Cependant, il pourrait bien se faire que les deux observateurs eussent été trompés par l'apparence, d'autant plus que les grumeaux extraits sortaient avec le sang dont ils avaient dû nécessairement prendre la couleur et que, dans ces conditions, l'erreur est possible. Peut-être n'ont-ils eu affaire qu'à des fragments de caillots, à un restant de cérumen? que sais-je? enfin à tout autre chose que de la matière cérébrale. Un léger examen microscopique nous eût épargné bien des incertitudes.

Mais, ajouterai-je, si les grumeaux en question atteignaient le volume d'un grain de blé, il fallait donc que la base du crâne présentât une ouverture suffisante pour leur donner issue, ce qui supposerait une fracture comminutive du rocher, lésion jusqu'ici constamment mortelle, du moins à ma connaissance. La pulpe cérébrale est réduite en fragments, les méninges sont largement déchirées, l'espace sous-arachnoïdien communique librement avec l'extérieur, vous voilà dans les meilleures conditions pour observer l'écoulement séreux de l'oreille, et pourtant vous ne constatez rien de semblable; tout se borne à une hémorrhagie de quelques heures dont

vous pourriez peut-être placer la cause déterminante dans cette cicatrice de la membrane du tympan que vous a révélée votre examen otoscopique du 16 décembre. Enfin, comment comprendre une attrition de la matière cérébrale, si limitée qu'elle soit, surtout à la base de l'organe, sans aucun signe de meningo-encéphalite et suivie d'une guérison complète en moins de 15 jours.

Je vous le répète, messieurs, ce n'est qu'avec une extrême réserve que je me permets d'élever ces doutes, et d'aller à l'encontre d'un chirurgien dont le mérite m'est connu et dont l'affirmation est pour moi d'un très-grand poids. Mais, avant d'admettre un fait aussi extraordinaire, j'ai dû me demander si l'observateur n'avait pas été lui-même victime d'une illusion. Nul doute que, si des renseignements complémentaires venaient démontrer, d'une façon plus péremptoire, la réalité de la lésion cérébrale, nous ne soyons tous disposés à donner droit de cité à ce fait, quelque anormal qu'il nous paraisse.

En attendant, j'ai l'honneur de vous proposer, au nom de votre commission :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De déposer très-honorablement son travail aux archives.

Présentation de pièces.

Extirpation totale de l'omoplate.

M. Rigaud présente des pièces provenant d'un homme chez lequel il a pratiqué l'extirpation totale de l'omoplate pour une ostéophyte du bord axillaire de cet os. Dix-huit mois auparavant, M. Rigaud avait fait, du même côté, la désarticulation scapulo-humérale pour une ostéophyte de la tête de l'humérus, mais il y avait eu récidive sur le scapulum. Six ans après la dernière opération, cet homme se portait parfaitement.

M. Desprès. — Une opération analogue a été exécutée par M. Jessop qui a enlevé, du même coup, le bras, l'omoplate et la moitié externe de la clavicule.

M. Larrey. — J'ai fait, à l'Académie, un rapport sur une opération identique de M. Michalski.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
Paulet.

Séance du 4 août 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la présente séance est lu et adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Les *Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*

Les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.*

Madame Huguier adresse à la Société l'ampliation du décret qui l'autorise à accepter le legs Huguier.

M. le ministre de l'instruction publique donne à la Société avis qu'il lui est accordé une allocation de 600 francs comme encouragement à ses travaux.

M. le Dr Mouchet, de Sens, adresse une observation intitulée : *Hydrorachis au niveau des vertèbres sacrées. — Ponction de la tumeur. — Ligature et suture élastique. — Guérison.*

(Commissaires : MM. Polaillon, Desprès, Périer).

Plaies d'artères.

M. le professeur Cras, de Brest, adresse à M. le président la lettre suivante :

Monsieur le président,

En vous priant de vouloir bien remercier la Société de l'attention qu'elle a accordée aux observations que je lui ai communiquées, je crois devoir relever l'assertion suivante émise par M. Blot au début de la discussion. (*Voir* procès-verbal de la séance du 21 juillet.)

« Je dois ajouter toutefois que les deux cas rapportés par M. Cras me paraissent insuffisants pour établir les bases d'une thérapeutique chirurgicale ; car, sur ses deux malades, il n'est pas démontré qu'on ait lié les deux bouts artériels ; il n'est même pas absolument certain que les artères eussent été lésées. »

En ce qui concerne la première partie de cette assertion, qui touche

à la question de principe, je n'ai rien à dire, si ce n'est que je n'avais nullement la prétention d'établir les bases d'une thérapeutique nouvelle. « Mais, ajoute M. Blot, il n'est pas démontré qu'on ait lié les deux bouts artériels ; il n'est même pas absolument certain que les artères aient été lésées. »

J'ai trop le respect de la Société qui constitue dans notre pays un précieux foyer de diffusion de l'art chirurgical, pour oppposer à une pareille allégation le silence que j'cusse gardé en toute autre circonstance. L'attaque est personnelle; qu'il me soit permis de me défendre.

I. *Lésion de la tibiale antérieure.* — Un coup d'herminette a divisé transversalement tous les tendons qui passent sur le cou-de-pied, l'articulation est ouverte, le tibia entamé profondément un peu au-dessus du cartilage articulaire; avec une lésion pareille, la tibiale n'a pu échapper à la section; le bout supérieur a été lié, je tourmente le bout inférieur, qui lance immédiatement un jet de sang artériel, et j'en pratique la ligature.

II. *Lésion de l'humérale.* — J'exprime le regret qu'une publication hâtive de cette observation dans les *Archives de médecine navale* n'ait pas permis la reproduction de cette observation dans les bulletins; et je me vois obligé, pour convaincre M. Blot, d'en résumer les principaux traits.

Mon collègue, M. Gestin, médecin en chef de l'armée de Bretagne, est atteint en secourant des blessés sur le champ de bataille. Un éclat d'obus du poids de 105 grammes est entré par la partie interne et moyenne du bras, sur le trajet de l'humérale. Le bras retombe inerte, une hémorrhagie formidable amène heureusement une syncope, et l'hémorrhagie est suspendue, sauf un léger suintement, jusqu'au moment où j'arrive auprès de lui 7 à 8 heures après l'accident. La situation de la plaie, l'absence de pouls radial, la suppression des battements au niveau du coude, la paralysie des fléchisseurs des doigts, me permettent de diagnostiquer la double lésion de l'artère humérale et du nerf médian qui la côtoie. Pour éviter une hémorrhagie secondaire pendant le transport du blessé du Mans à Brest, je débride la plaie en haut et en bas, je reconnais que le nerf cubital est superficiellement entamé, que le nerf médian est complétement sectionné avec un intervalle notable entre les deux bouts; je recherche vainement l'artère humérale au niveau de la plaie, et, après un nouveau débridement en haut, j'aperçois en dehors du bout supérieur du médian un moignon artériel propulsé en bas à chaque systole; je le dénude et prends soin d'appppliquer le fil immédiatement au-dessus d'une collatérale qui naissait à quelques millimètres au-dessus du point

de section. Je recherche ensuite le bout inférieur et j'en pratique la ligature très-facilement. Les battements reparaissent 24 heures après, à la radiale, avec la même ampleur que du côté sain, ce qui me paraît en rapport avec la lésion du nerf médian qui distribue un certain nombre des vaso-moteurs du membre supérieur ; la lésion de ce nerf ouvrait les écluses de la circulation collatérale. Le blessé a guéri avec une paralysie persistante du médian.

Tous ces détails sont implicitement contenus dans l'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, et je compte sur la loyauté scientifique de M. Blot pour en prendre acte.

Recevez, etc.

M. Blot. Le rapport qui nous a été fait ici ne contenait aucune mention de ces détails intéressants, et justifiait jusqu'à un certain point mes doutes. Je suis heureux d'avoir provoqué ces renseignements complémentaires et je remercie personnellement M. Cras des éclaircissements qu'il a bien voulu nous donner.

Lectures.

M. le Dr Philippe donne lecture d'un mémoire intitulé : *Relation de trois observations de fractures (cuisse, rotule jambe) traitées par l'application de la boîte-gouttière à suspension, avec des résultats exceptionnels.* (Commissaires : MM. Lefort, Guyon, Després).

M. le Dr Farabeuf lit un mémoire sur la *luxation du pouce en arrière.*
(Commissaires : MM. Després, Duplay, Tillaux.)

M. Marjolin donne communication de la note suivante :

De la contusion chez les enfants.

Etude comparative des renseignements fournis par l'observation à l'hôpital Sainte-Eugénie et par la statistique officielle des hôpitaux.

Si aujourd'hui j'avais à recommencer ma carrière dans les hôpitaux, pas un malade ne sortirait de mon service, sans avoir son observation recueillie, et quelque abrégée qu'elle fût, elle serait cependant assez précise pour servir utilement à des recherches ; ce ne serait pas une statistique composée d'éléments incomplets, recueillis sans soin, sans méthode, sans but, et par conséquent

sans profit pour personne ; ce serait simplement un relevé sommaire semblable à ceux que quelques chefs de service ont l'habitude de faire à la fin de l'année.

Que cette coutume, malheureusement trop peu suivie, soit un jour généralement adoptée et que tous ces documents soient mis en ordre et conservés dans chaque hôpital, combien de renseignements utiles ne trouverait-on pas dans ces archives, et ne seraient-elles pas cent fois plus précieuses et plus instructives que ces trois gros volumes publiés à grands frais par l'Assistance publique. Comment, avant d'entreprendre leur impression, ne s'est-elle pas assurée que chaque chef de service, comprenant l'importance d'un pareil travail, y avait apporté tous ses soins, toute son attention ; pour peu qu'elle se fût renseignée, elle aurait eu alors la preuve que cette excellente idée d'une statistique générale, qui marquait un véritable progrès, avait trouvé si peu de bon vouloir de la part de beaucoup de personnes, qu'il était vraiment impossible de faire aucun usage de tous ces documents, tant ils étaient inexacts et incomplets, et qu'il valait mieux ajourner toute publication, jusqu'au jour où elle pourrait réellement compter sur le concours actif et persévérant de tous les chefs de service.

Cependant, malgré ces lacunes et ces imperfections, suites de notre indifférence, l'Assistance publique pouvait encore, et cette fois sans notre participation, faire un travail unique par son ensemble, son étendue, son originalité et surtout ses résultats, en publiant les renseignements recueillis sur chaque malade par ses visiteurs. Il y avait là une mine inépuisable, renfermant une foule de documents inconnus dont elle aurait pu tirer un parti immense pour faire du bien, soit en signalant au conseil d'hygiène toutes ces demeures infectes dans lesquelles la scrofule et le rachitisme se perpétuent, soit en dénonçant à l'attention publique et à l'autorité cette insuffisance de places dans nos asiles et nos écoles[1] qui fait de beaucoup d'enfants intelligents autant de petits vagabonds destinés à peupler un jour les maisons pénitentiaires, soit en indiquant aux industriels, comme on l'a fait à Mulhouse, les causes de ces accidents si fréquents dans les fabriques et les ateliers et les moyens de les prévenir, soit enfin en exposant l'état de gravité auquel la maladie arrive chez tant d'individus de tout âge, demandant avec instance pendant des mois leur admission à l'hôpital, sans pouvoir l'obtenir. Tous ces documents si variés, si instructifs, l'Assistance publique les possédait, et en les publiant sous forme

[1] D'après le rapport pour les années 1871-1872, adressé à M. le préfet de la Seine, par M. Gréard, inspecteur général de l'instruction publique, directeur de l'enseignement primaire, il manquait à cette époque dans les asiles et les écoles du département de la Seine 32,000 places.

de rapport, sans un luxe inutile de chiffres, elle aurait pu éclairer l'opinion publique sur beaucoup de questions complétement ignorées, et contribuer par son influence à inaugurer une véritable ère de progrès par la proposition de grandes et salutaires réformes. Elle avait à sa disposition des preuves que personne ne pouvait contester, et elle aurait eu pour appui, dans cette belle mission, l'opinion générale ; malheureusement elle a préféré réunir sans aucune vérification, sans aucun commentaire, d'innombrables séries de chiffres fort peu instructifs. Aussi, de tout ce gigantesque travail, il est à craindre qu'on n'en retire que fort peu de profit.

Dès l'instant que l'Assistance publique voulait tenir compte dans sa statistique des moindres influences, soit sur le développement des maladies, soit sur la mortalité, et qu'elle poussait le soin presqu'à indiquer non-seulement l'étage de chaque salle, le cubage d'air pour chaque malade, et même qu'elle publiait pour chaque jour de l'année une table des variations atmosphériques, elle aurait dû aussi tenir compte de l'encombrement et de la durée de temps pendant laquelle les salles étaient restées constamment occupées, sans être réparées.

Il eût été en effet très-intéressant de savoir si, dans nos hôpitaux, la mortalité croissait avec le nombre d'années d'occupation des salles et si elle diminuait après le temps de repos employé au nettoyage du mobilier et à la peinture. Ce résultat si remarquable de la diminution de la moitié constatée dans les hôpitaux militaires, depuis l'adoption du système d'alternance, aurait dû lui donner l'idée de faire sur ce sujet des recherches comparatives, et cette question était assez importante pour ne pas être oubliée et être sérieusement étudiée.

L'Assistance publique, et nous ne devons pas la blâmer de cet excès de zèle, avait peut-être cru mieux faire en s'occupant de toutes ces questions ; mais en entreprenant une tâche aussi vaste que celle qu'elle s'était imposée, elle n'aurait pas réfléchi qu'elle courait grand risque de ne rien faire de complet, à moins de se livrer à des publications d'un prix et d'une étendue incalculables [1].

Ainsi, en ce qui touche la contusion au point de vue du pronostic et des indications chirurgicales, n'était-il pas d'une grande importance de tenir compte de la cause de la contusion, et n'était-il pas nécessaire de l'indiquer comme influent sur la mortalité. A un autre point de vue, en ce qui a trait plus particulièrement aux apprentis, il y avait là également d'intéressantes remarques à faire [2].

[1] Le 1er volume de a statistique officielle des hôpitaux pour l'année 1861 est de 191 pages, le 2e de 401, le 3e et dernier de 680.

[2] Consulter à ce sujet le travail que nous avons fait sur les accidents et

Vous me direz que ce surcroît de documents aurait encore augmenté les frais et l'étendue de la statistique ; c'est vrai, mais au moins, si par ce moyen on était arrivé à démontrer que ces contusions, ces écrasements, ces brûlures, dont les enfants d'ouvriers sont si souvent victimes, ne sont le plus habituellement que la conséquence d'un manque de surveillance de la part des parents et du vagabondage par suite de l'insuffisance de places à l'asile ou à l'école, ou d'un défaut de précautions à l'atelier, on aurait eu au moins un travail sérieux, utile, indiquant ce qu'il restait à faire pour diminuer la proportion de ces accidents et améliorer les établissements plus particulièrement affectés à l'enfance.

Je ne veux pas, dans ce moment, anticiper sur les conclusions auxquelles je serai amené par cette étude sur les causes si diverses de la contusion chez les enfants admis à l'hôpital, mais il est facile de voir que le législateur eût trouvé de précieux renseignements à propos de cette question si difficile du travail des enfants employés dans l'industrie, si l'Assistance publique avait réuni, dans un chapitre séparé, la série des accidents arrivés aux apprentis, et si, pour motiver leur présence dans des ateliers dangereux à un âge très-jeune, elle avait exposé l'état de misère de certaines familles. De quel intérêt n'auraient pas été des documents aussi précis, aujourd'hui entièrement perdus.

Bientôt la commission chargée de vous présenter un rapport sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants aura à revenir sur quelques-uns de ces points, et comme je crois indispensable, pour traiter une question aussi complexe, de s'y préparer par l'étude des usages et des règlements adoptés dans ces établissements et surtout par l'exposé des faits, j'ai pensé que je ne pouvais mieux faire pour atteindre mon but que de choisir un sujet qui pût être compris, même par des personnes entièrement étrangères à la médecine.

Or, je ne crois pas que rien ne remplisse mieux mes intentions que l'histoire de la contusion chez les enfants riches ou pauvres ; tout enfant y est journellement exposé; seulement suivant qu'il est plus ou moins surveillé, suivant ses occupations, les causes et la gravité de la contusion sont loin d'être les mêmes. Il est bien rare en effet qu'un enfant dont chaque mouvement est en quelque sorte épié tombe d'une fenêtre, ou soit renversé par une voiture; chez les ouvriers, au contraire, ces accidents sont très-communs, et souvent tellement graves qu'ils entraînent la mort.

les affections chirurgicales auxquels sont exposés les jeunes apprentis, t. III du *Bulletin de la Société de protection des apprentis et des enfants employés dans les manufactures.*

Mais avant d'aborder mon sujet, permettez-moi d'entrer dans quelques détails sur l'organisation des hôpitaux d'enfants, ce sera en quelque sorte le prélude du rapport de la commission.

Dans le monde, on croit généralement que ces hôpitaux ne diffèrent de ceux d'adultes, que par l'âge auquel on y est admis ; c'est là une erreur, ces établissements spéciaux ont un règlement et des usages particuliers ; ainsi, les malades ne sont pas, suivant l'expression consacrée, simplement divisés en fiévreux et en blessés ; il y a, sans parler des teigneux, lorsqu'on en reçoit au traitement interne, les services des *chroniques* dans lesquels sont confondues, avec des affections cutanées, des affections essentiellement chirurgicales, et rien ne peut donner une meilleure idée de cette infraction aux usages établis dans les hôpitaux d'adultes et consacrés par la raison que l'exemple suivant.

Tant que notre collègue Guersant fut chirurgien de l'hôpital des enfants, il eut sous sa direction les garçons atteints de maladies des yeux, tandis que les filles présentant les mêmes affections étaient dans des salles dépendant du service de la médecine, et ce ne fut que lorsqu'il fut remplacé par M. Giraldès, que cette singulière répartition fut enfin changée et que toutes les salles de maladies des yeux furent rendues à la chirurgie.

Je n'aurais pas voulu revenir aujourd'hui sur ce que je vous ai dit, sur ce qui a trait à la question d'âge pour l'admission dans les hôpitaux, et cependant je suis de nouveau amené par mon sujet à vous démontrer, par des faits, combien il serait à souhaiter que des instructions détaillées permissent à tous les directeurs de s'écarter dans certains cas d'urgence de la lettre du règlement et de recevoir tout enfant dont l'état réclame des soins immédiats. Cette mesure est d'autant plus indispensable que, sauf Necker et Saint-Antoine, tous les autres hôpitaux d'adultes sont très-éloignés des deux seuls hôpitaux d'enfants existant à Paris, et que non-seulement il est des circonstances où le moindre délai peut être fatal pour le malade ou le blessé, mais qu'il faut toujours vis-à-vis du public éviter ce qui peut amener du mécontentement ou du scandale, et comme je tiens à ne rien avancer que je ne puisse prouver, permettez-moi de vous citer le fait suivant.

Le 28 novembre 1861, X., âgé de 13 ans 1/2, fils d'un capitaine d'infanterie, se trouvant en retard pour aller au collége, monta précipitamment à Vincennes dans un wagon ; le compartiment était plein ; malheureusement les personnes qui le remplissaient, au lieu d'accueillir l'écolier l'ayant repoussé brutalement, il tomba sur la voie et fut presque broyé. Porté à l'hôpital le plus voisin, à Saint-Antoine, l'admission lui ayant été refusée vu ses 13 ans, il fut alors conduit à Sainte-Eugénie, où il expira très-peu de temps

après. La cuisse et la jambe droites étaient broyées et le foie déchiré. (Obser. 1038.)

Une interprétation aussi rigoureuse du règlement d'admission n'était faite pour contenter personne, ni le public, ni la famille, ni l'administration de l'Assistance ; aussi désapprouva-t-elle complétement la conduite du directeur de l'hôpital Saint-Antoine.

Or, comme il importe de prévenir le retour de faits semblables, nous n'hésitons pas à dire que les instructions relatives aux admissions devraient toujours être très-larges pour tout ce qui concerne les intérêts des malades, et surtout plus conformes à l'esprit de charité dont est animé le conseil de l'Assistance publique.

Pour compléter l'étude de certaines coutumes observées dans les hôpitaux d'enfants, il me reste à vous parler d'un usage ou d'un règlement auquel le chirurgien est obligé de se soumettre, toutes les fois qu'il croit devoir recourir à une grande opération. Dès l'instant qu'il en a reconnu la nécessité, il faut que le père et la mère de l'enfant soient prévenus et qu'il ait obtenu leur consentement, même dans des cas urgents, alors même que tout retard, non-seulement diminue les chances de succès, mais compromet l'existence du malade.

Je ne crois pas qu'aucun de nous songe à désapprouver cette mesure ; je la crois au contraire très-sage et très-nécessaire, non-seulement par égard aux parents qui nous ont confié leur enfant, et par égard pour ce dernier qui ne peut ni juger raisonnablement sa position, ni l'opportunité d'une opération qui l'effraye, mais parce que dans cette circonstance elle met la responsabilité du chirurgien à couvert contre toute récrimination et contre tout reproche ultérieurs, du moment que la famille lui a refusé ou accordé son consentement. N'importe l'issue de la maladie ou de l'opération, il a pour lui la conscience d'avoir fait son devoir.

Cependant cet usage ou ce règlement, je ne sais lequel des deux, nous crée parfois de telles difficultés et compromet si souvent, non-seulement le succès de l'opération, mais la vie du malade, qu'il est, je crois, convenable d'attirer votre attention sur ce point et de voir si, tout en respectant les droits des parents, il n'y aurait pas cependant quelque mesure à prendre dans l'intérêt de l'enfant.

N'est-il pas, en effet, dur pour le chirurgien d'être condamné à voir son malade subir toutes les tristes conséquences d'une ignorance grossière ou d'une tendresse aveugle. La lutte qu'il faut alors soutenir, pour arriver à convaincre les parents qu'il y va de la vie de leur enfant s'ils refusent l'opération, est une des situations les plus pénibles que l'on puisse imaginer ; il faut avoir passé par ces épreuves pour se faire une idée de ce que l'on éprouve, lorsque, après avoir épuisé tous les raisonnements, toutes les supplications,

on vous répond : Nous préférons voir notre enfant mourir que de le voir estropié et mendiant son pain. Insistez-vous encore? crainte d'une surprise, l'enfant est emporté hors de l'hôpital.

En pareil cas, messieurs, une consultation faite par les chefs de service et communiquée aux parents n'exercerait-elle pas une salutaire influence sur leur détermination et ne verraient-ils pas, dans cette précaution adoptée en ville et dans quelques hôpitaux étrangers, une preuve nouvelle de l'intérêt que nous portons à nos malades. En présence des résultats déplorables dont nous avons été plus d'une fois témoins à la suite de ces refus, n'est-il pas permis de songer à en prévenir le retour.

Lorsque l'expérience nous démontre journellement que la plupart des affections des os, pour lesquelles nous sommes obligés de pratiquer des résections ou des amputations, ont eu pour point de départ une entorse, une contusion, et qu'elles ne sont arrivées à ce degré de gravité que parce qu'elles n'ont pas été convenablement soignées au début, ou que le petit malade est resté dans un milieu malsain, manquant souvent du nécessaire, et que de semblables terminaisons dans les familles aisées constituent des exceptions que l'on cite, tant elles sont rares, n'est-il pas de notre devoir de chercher à conjurer ces tristes suites d'un traumatisme, même léger, par des soins immédiats, et n'est-il pas indiqué d'admettre à l'hôpital tout enfant ayant une entorse ou une contusion et de l'y garder tant que son état exige des soins, des précautions qu'il ne peut trouver dans sa famille ?

Dans une des dernières séances, M. Desprès a paru étonné de nous voir agir ainsi, et, s'appuyant sur la statistique officielle des hôpitaux, qui ne mentionne aucun décès sur 27 enfants, garçons et filles, entrés en 1861 à Sainte-Eugénie pour des contusions, il nous a dit qu'il eût été bien préférable de consacrer ce temps, ces lits et cet argent, à soigner des malades présentant des affections plus dignes d'un chirurgien.

Au premier moment la remarque de notre collègue peut sembler très-juste, surtout si, à son exemple, on se borne à consulter un document aussi insuffisant et aussi peu instructif que cette statistique, mais si au lieu de se contenter de chiffres bruts, on veut bien se donner la peine d'examiner les faits, on a alors la preuve que ces 27 enfants reçus pour des contusions avaient parfaitement le droit d'occuper un lit à l'hôpital.

Je n'abuserai pas, messieurs, de vos instants en vous énumérant les cas de contusions observés dans mon service pendant l'année 1861, année correspondante aux chiffres dont M. Desprès nous a parlé ; je me bornerai à vous citer deux ou trois faits ; quant aux

autres, en voici une liste abrégée, mais assez détaillée pour donner une idée exacte de la cause et de la nature de la lésion.

Voici, messieurs, ce que je trouve sur mon registre d'inscription.

X..., âgé de 6 ans 1/2 (n° 942), entré le 11 août 1861, pour des contusions multiples de la poitrine et de l'abdomen et des fractures des dernières côtes, pneumonie intercurrente, est envoyé le 9 septembre 1861 en convalescence. Accident causé par une voiture.

X..., âgé de 4 ans (n° 1012), entré le 20 octobre 1861, quelques heures après avoir été blessé par un omnibus, présente des contusions violentes des deux jambes avec un épanchement sanguin considérable. Dans la journée du 5 novembre se manifestent les premiers symptômes d'une angine pseudo-membraneuse et, dans la soirée du 7 novembre, la maladie devient tellement grave, que M. Moureton est obligé de pratiquer la trachéotomie. L'enfant sort guéri le 1er décembre 1861.

Une autre fois (n° 753), il s'agit d'une jeune fille amenée le 10 juin, quelques heures après être tombée presque de la hauteur des buttes Montmartre. Aucun accident n'étant survenu pendant trois jours passés à l'hôpital, elle a été rendue à sa famille.

Je continue l'examen de ces faits, et je vois que ces contusions ont parfois présenté de telles difficultés de diagnostic, que des chirurgiens dont le savoir ne saurait être mis en doute ont hésité à se prononcer sur la nature de la lésion. C'est ainsi que notre excellent collègue Michon, m'adressant un enfant ayant à la suite d'une chute une contusion de l'épaule avec impossibilité de faire aucun mouvement du bras, m'exprime ses craintes sur l'existence d'une fracture de l'humérus.

Très-fréquemment la cause de l'accident est telle, qu'elle nous inspire les plus grandes craintes pour les suites, qu'elle nous rend très-réservé sur le pronostic, et que ce n'est qu'après un examen de plusieurs jours, lorsqu'aucun symptôme fâcheux n'est survenu, que nous nous hâtons alors de rendre l'enfant à sa famille, non-seulement pour avoir une place libre et diminuer l'encombrement de notre service, mais surtout pour éviter qu'il ne contracte quelques-unes de ces affections contagieuses dont nous ne pouvons nous garantir, faute de salles d'isolement; mais alors, avant de nous séparer du petit blessé, nous ne manquons jamais d'engager les parents à le ramener à la consultation, jusqu'à ce que toute crainte d'accidents ultérieurs soit entièrement dissipée.

Les faits observés dans le cours d'une année ne suffisant pas pour juger cette question, j'ai relevé sur mes cahiers tous les cas de contusions notés depuis le 1er janvier 1868 jusqu'au 31 décembre 1871, et voici ce que j'ai trouvé : sur 1,852 garçons et

1313 filles, admis dans mon service pendant cette période de quatre ans, pour diverses affections chirurgicales, 110 garçons et 38 filles avaient été reçus pour des contusions. Sur ce nombre, il y avait eu 1 décès aux garçons et 2 aux filles ; dans ces trois cas, la mort était arrivée très-peu de temps après l'accident, causé par des voitures.

La cause et la fréquence de certains accidents, ainsi que l'âge, pouvant, sous divers rapports, présenter de l'intérêt, j'ai réuni tous ces cas de contusions dans deux tableaux : dans le premier j'ai indiqué la cause et l'âge dans le second.

Tableau indiquant la cause des contusions pour lesquelles l'admission à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans les salles de chirurgie, du 1er janvier 1868 au 31 décembre 1871 a été jugée nécessaire.

	Garçons.	Filles.
Chute par la fenêtre	7	1
Accidents par des voitures	33 (1 décès)	9 (2 décès).
Apprentis blessés en travaillant	5	0
Contusions directes	7	3
Résultant de mauvais traitements	0	4
Simulée	1	0
Coup de pied de cheval dans l'abdomen.	2	0
Cause non indiquée, mais assez souvent grave d'après la lésion	55	21

2e *Tableau indiquant l'âge des enfants admis pour des contusions.*

		Garçons.	Filles.
Au-dessous de	2 ans	2	2
révolus.	2 —	2	1
	3 —	5	1
	4 —	4	1
	5 —	6	2
	6 —	6	5
	7 —	9	4
	8 —	8	2
	9 —	5	4
	10 —	9	0
	11 —	9	5
	12 —	12	4
	13 —	14	4
	14 —	15	3
De 14 à	15 —	3	0

De 12 à 14 ans, la fréquence des contusions chez les garcons s'explique parfaitement, soit par les jeux auxquels ils se livrent à cet âge, soit aussi par leur genre d'occupations.

Si j'ai tenu à entrer dans autant de détails, ce n'est pas que je cherche aucunement à me justifier, par cet exposé, d'avoir été trop facile ou trop complaisant dans mes admissions ; ce que j'ai fait, je le ferais encore, mais comme des personnes étrangères à la médecine auront plus tard à se prononcer sur cette question si importante de l'augmentation du nombre des lits dans les services d'enfants, il est indispensable de leur faire connaître les faits tels qu'ils sont et non pas tels que l'imagination ou le défaut d'expérience les représentent ; il est surtout bon qu'elles soient bien pénétrées de cette vérité, que dans les services de médecine ou de chirurgie d'enfants, les lits ne sont pas occupés par des enfants dont les parents veulent se débarrasser, mais par des malades dont l'état exige une foule de soins qu'ils ne pourraient jamais trouver dans leurs familles, même avec l'assistance à domicile la mieux organisée. C'est pour ce motif que j'ai choisi de préférence, comme sujet d'étude, la contusion chez les enfants, parce qu'en dehors de la question purement chirurgicale, il y avait là une série de considérations de tout genre dont tous les gens du monde pouvaient parfaitement se rendre compte.

Quelque incomplet que soit ce relevé succinct de cinq années que j'ai mis sous vos yeux, il donne cependant une idée assez juste, non pas du nombre exact des enfants au-dessous de 15 ans admis dans les hôpitaux pour des contusions, car nous savons qu'il y en a eu d'autres qui ont été transportés dans des hôpitaux d'adultes, mais il fait connaître assez bien les causes si diverses de ces accidents, la nature, le siége et l'étendue de ces lésions, et surtout leur terminaison habituellement heureuse, malgré leur excessive gravité.

La statistique publiée par l'assistance pouvait-elle, malgré leur concision, entrer dans ces détails ? C'était matériellement impossible ; dès lors, quelle conclusion tirer de ces chiffres bruts ? Aucune, pas même celle d'une mortalité excessivement minime, relativement au chiffre total des admissions, attendu que rien n'indiquait si les contusions étaient légères ou graves, simples ou compliquées. Dès lors, chacun était libre de dire que puisque sur 27 enfants admis pour des contusions aucun n'avait succombé, il eût été préférable, au lieu de les recevoir, de donner leurs lits à d'autres plus méritants.

Voilà, messieurs, à quels raisonnements conduiront toujours des statistiques uniquement composées de chiffres, sans aucune explication, ressemblant plutôt à des registres de comptabilité commerciale qu'à des relevés scientifiques. Maintenant, lorsqu'on réfléchit au peu de profit que l'on a retiré de tant de travail et de tant d'argent dépensé pour l'impression de tous ces documents incomplets, on se demande si désormais il ne serait pas plus sage et plus pro-

fitable pour la science, au lieu de continuer ce gigantesque travail, qui présentera toujours des lacunes, d'apporter plus d'attention à la rédaction des fiches de statistique et de les conserver soigneusement dans chaque hôpital, où elles pourraient être consultées par tous ceux qui voudraient se livrer à des recherches, non-seulement au point de vue scientifique, mais surtout au point de vue de la généralisation et de l'adoption de certaines mesures préventives.

En effet, messieurs, pour peu que vous vouliez bien parcourir le relevé que j'ai mis sous vos yeux, vous verrez que la plupart de ces accidents sont presque inconnus en ville et qu'il eût suffi d'un peu de surveillance pour les prévenir, et ce que je dis à propos des contusions pourrait tout aussi bien s'appliquer aux brûlures, aux grandes plaies, aux écrasements et aux fractures.

Ainsi ces chutes par les fenêtres, ces accidents de voitures, pourquoi s'observent-ils si fréquemment dans les hôpitaux et si rarement en ville; c'est que la surveillance, dans les familles d'ouvriers, ne peut être aussi active que dans les familles aisées, où les enfants ne sont jamais perdus de vue.

Voulez-vous connaître quel peut être le résultat d'un manque de précautions, écoutez le récit suivant :

Il y a quelques années, lorsque je recueillais les éléments d'un travail sur l'état des asiles et des écoles de la ville de Paris, en visitant l'école communale des garçons située impasse des Provençaux, dans le premier arrondissement, je fus frappé de l'écartement considérable des barreaux formant la cage de l'escalier menant aux classes et du danger qui pouvait en résulter pour les enfants. A plusieurs reprises, des réclamations avaient été faites pour obtenir le changement de cette disposition vicieuse, mais on avait eu beau se plaindre, les choses étaient restées dans le même état. A quelque temps de là, on amena dans mon service un malheureux garçon qui, ayant voulu s'amuser à passer entre les barreaux était tombé du haut de l'escalier et s'était blessé mortellement. A dater de cette époque, on mit un grillage afin de prévenir le retour d'un nouvel accident. Il semblait au reste que dans cette famille l'école fût fatale pour les enfants: car, étant retourné à l'impasse des Provençaux, afin de savoir comment ce malheur était arrivé, j'appris que la sœur de mon blessé avait été brûlée dans une école où il y avait un poêle de fonte dont l'approche n'était pas défendue par un grillage.

Le récit de ces deux faits m'a quelque peu éloigné de mon sujet, j'y reviens, en vous disant que ce relevé de quatre années vous montre la contusion chez l'enfant avec toutes ses différences, depuis la plus légère jusqu'à la plus grave. Tantôt elle simule une fracture, tantôt elle est accompagnée d'un épanchement sanguin tellement

considérable qu'elle rend le diagnostic très-difficile et que ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'on peut constater l'état des os, une fois même nous notons, comme complication, l'existence d'un écoulement de sang par l'oreille.

En définitive, tous ces cas n'étaient-ils donc pas dignes de l'attention d'un chirurgien, était-il prudent d'en abandonner le soin à des parents incapables d'exercer la moindre surveillance et fallait-il encore, après un accident survenu par leur faute, exposer, comme nous l'avons vu si souvent, ces enfants aux tristes conséquences de l'ignorance et de l'incurie de leurs familles, alors que l'expérience nous avait démontré que nombre de fois il avait suffi de quelques jours d'un traitement convenablement dirigé pour prévenir les suites ultérieures les plus fâcheuses? En pareil cas, il n'y avait qu'une chose sensée à faire, c'était de recevoir l'enfant, quitte à l'envoyer très-promptement en convalescence, ou à le rendre à sa famille, non-seulement pour faire de la place à d'autres, mais aussi pour diminuer le nombre des lits supplémentaires encombrant nos salles [1].

Puis, à côté de ces cas, qui n'ont d'intérêt qu'au point de vue chirurgical, il en est d'autres qui ne méritent pas moins de fixer votre attention, tant ils sont pénibles et malheureusement encore trop fréquents; ce sont ces pauvres êtres sequestrés et maltraités par leurs parents que la rumeur publique signale à la justice et qui nous sont confiés après avoir subi de véritables tortures; dans quel état nous sont-ils amenés, maigres, décharnés, couverts de contusions ! et vous voulez actuellement savoir ce qui leur est advenu de bon de leur séjour à l'hôpital? je vais vous le dire : quelques-uns ont été assez heureux pour trouver des personnes qui, touchées de leur position et de leur avenir, les ont pris sous leur protection et les ont placés dans des orphelinats ou des maisons d'éducation [2].

Enfin, messieurs, l'histoire de tous ces enfants admis à l'hôpital pour des contusions serait incomplète, sans l'observation d'un garçon auquel les parents ont appris à mentir et à simuler la claudication, à ces fins d'obtenir des dommages et intérêts d'une personne qui l'aurait frappé. Cette fois, il y avait pour le chirurgien une question de médecine légale à éclaircir, et pour cela, il fallait encore admettre le prétendu boîteux dans nos salles pour l'étudier, le surveiller attentivement et arriver enfin à découvrir la vérité.

[1] Une fois, pour le service des filles, qui ne comporte que 45 lits, je me suis trouvé avoir jusqu'à 14 lits de supplément.

[2] N° 3,285. Cette jeune apprentie, âgée de 12 ans, envoyée par le commissaire de police, fut placée à Lyon par MM. Ch. Robert et Barreswill, membres de la Société de protection des apprentis.

Comme vous le voyez, toutes ces admissions étaient parfaitement justifiées, et la principale raison de cette conduite, c'est que nous avions acquis, par une longue expérience, qu'il ne fallait accorder qu'une confiance très-limitée aux soins donnés par les parents et que, dans bien des circonstances, l'assistance à domicile, que je suis loin de désapprouver lorsqu'elle est possible, mais que l'on voudrait aujourd'hui trop généraliser, n'avait souvent donné que des résultats déplorables.

Ce n'est donc pas sans des motifs sérieux, comme vous avez pu le voir, que j'ai choisi, en quelque sorte pour faire un prélude au rapport de la commission chargée d'étudier les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants, un sujet aussi banal et aussi connu que la contusion.

Je ne pouvais, en effet, avoir la prétention de vous apprendre quelque chose de neuf sur les accidents immédiats ou consécutifs qu'elle occasionne, sur la manière dont se comportent les épanchements sanguins, qu'ils se terminent par résolution ou inflammation, sur les avantages ou les inconvénients des fonctions capillaires, sur les ostéo-périostites et les nécroses qui en sont trop souvent la suite, sur les affections articulaires consécutives, ou sur la gravité du pronostic des lésions des organes contenus dans le thorax ou l'abdomen ; toutes ces questions nous sont tellement familières que je n'aurais véritablement pas osé vous en entretenir, mais ce que je tenais à démontrer publiquement, avec les observations à l'appui, c'est que tous les enfants admis dans des services de chirurgie pour des contusions n'ont pas été reçus à la légère, et qu'ils n'ont pas occupé indûment des lits qui auraient pu être mieux employés, c'est qu'en les entourant, dès le début, d'autant de soins qu'ils auraient pu en recevoir dans des familles aisées, nous avons pu prévenir les conséquences parfois si graves, même après la cause en apparence la plus légère. Enfin, si malgré tous les dangers inhérents au séjour dans ces salles où il y avait à redouter la complication de maladies contagieuses, nous avons préféré les garder, plutôt que de les renvoyer dans leurs familles, c'est que le bon sens nous disait que des parents dont la négligence était la cause de tous ces accidents étaient, par cela seul, en quelque sorte déchus du droit si naturel de soigner leurs enfants.

Je n'ai plus qu'un fait à vous citer, et c'est par là que je terminerai ma communication.

Dans le courant de l'année 1872, on amena dans mon service un petit garçon de 3 ou 4 ans, qui en tombant par une fenêtre s'était fracturé le crâne. Malgré la saillie considérable de la bosse sanguine, on pouvait très-bien constater un enfoncement des os au

niveau de la région temporo-pariétale droite, et de plus, il y avait une hémiplégie bien marquée du côté opposé. L'état de l'enfant était tellement grave que pendant longtemps il nous laissa peu d'espoir ; cependant, grâce aux soins éclairés et incessants de mes deux internes, MM. Bouilly et Valtat, grâce aussi à la sollicitude de la sœur, non-seulement il guérit, ne conservant malgré la persistance de l'enfoncement des os aucune trace de paralysie, mais il échappa à une autre complication, à une pneumonie double.

Après une semblable leçon, vous croyez peut-être que les parents, suffisamment avertis, auront mieux surveillé leur enfant ? Détrompez-vous ; j'ai appris cette année que ce pauvre petit étant de nouveau tombé par la fenêtre avait été transporté à Lariboisière, où il était mort.

De ce fait et de bien d'autres analogues, n'est-il pas sage de conclure que si les parents ne peuvent surveiller leurs enfants en bonne santé, il n'est pas très-prudent de s'en rapporter à leurs soins, lors même qu'ils n'ont que des contusions, et que dans leur intérêt, il vaut mieux les admettre à l'hôpital.

Conclusions.

La statistique officielle des hôpitaux ne comprenant que l'énoncé, sans aucun autre commentaire, du nombre d'enfants entrés dans les hôpitaux pour des contusions, ne peut être d'aucune utilité pour les personnes qui voudraient y trouver des renseignements, soit sur les causes déterminantes, soit sur les accidents consécutifs.

La contusion, chez l'enfant, mérite d'autant plus l'attention du chirurgien, que très-souvent, d'après la cause déterminante, on peut craindre des lésions très-graves et que, même lorsqu'elle est légère, par suite d'un manque de soins convenables donnés dès le début, il peut survenir des accidents ultérieurs assez sérieux pour amener des infirmités incurables, ou exiger de grandes opérations.

Dans l'industrie, l'apprenti et l'ouvrier étant souvent exposés à des contusions très-graves, par suite soit d'un manque de surveillance, de l'inexécution des mesures de précaution réglementaires ou de l'imperfection et du mauvais état des machines, il serait bien à désirer, pour diminuer le nombre de ces accidents, de les noter avec soin sur les fiches des statistiques ; nous signalons ce fait à tous nos collègues, dans l'intérêt des ouvriers.

Peut-on, sans danger, s'en rapporter à des parents qui ne peuvent réellement pas, par suite de leurs occupations, surveiller leurs enfants lorsqu'ils sont en bonne santé, leur abandonner le soin de leurs enfants lorsqu'ils sont blessés? L'expérience nous ayant démontré les inconvénients et les dangers de cette conduite, nous

pensons que, malgré les imperfections de nos hôpitaux, il vaut encore mieux les y admettre que de s'en rapporter aux parents, surtout lorsqu'il est bien constaté qu'ils ne peuvent être bien soignés à domicile.

Relevé des garçons entrés pour des contusions dans les salles de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie, du 1er janvier 1861, au 31 décembre 1861 : ce relevé correspond à celui contenu dans le 1er volume de la STATISTIQUE OFFICIELLE DES HÔPITAUX[1].

N° 747. *g.* — X..., 15 ans. Entré à l'hôpital le 1er janvier 1861, 3 jours après être tombé par la fenêtre de la hauteur d'un étage ; contusion du côté gauche de la poitrine, fracture des côtes douteuse : envoyé en convalescence le 10 janvier, vu le manque de lits.

N° 818. *g.* — 12 ans. Contusions légères, multiples, a été renversé par une voiture; entré le 18 mars, sort le 21 mars.

N° 828. *g.* — 14 ans. Contusions de l'épaule gauche, épanchement de sang considérable, paralysie du deltoïde, causée par une chute. M. Michon, en nous adressant le malade, nous exprime ses craintes sur l'existence d'une fracture. Entré le 30 mars, sort le 7 avril, exécutant des mouvements avec le bras.

N° 888. *g.* — 9 ans. Contusion violente du coude droit, épanchement sanguin, présentait lors de son admission une luxation du coude? entré le 2 juin, le 16 il est envoyé en convalescence.

N° 908. *g.* — 4 ans et 1/2. Contusion violente de l'avant bras et du poignet gauche, relâchement des ligaments; entré le 12 juillet; rendu aux parents, à cause du manque de lits, devra revenir au traitement externe.

N° 942. *g.* — 6 ans 1/2. Contusions multiples de la poitrine et de l'abdomen, fracture des dernières côtes du côté droit. Pneumonie du côté droit déclarée le 15 août; entré le 11 août, envoyé en convalescence le 9 septembre 1861.

N° 957. *g.* — 8 ans 1/2. Contusion du pied droit avec épanchement sanguin ; accident causé par la chute d'une charpente ; entré le 29 août, envoyé en convalescence le 5 septembre, l'épanchement étant en voie de résolution.

N° 981. *g.* — 15 ans. Contusion de la jambe, sans épanchement; entré le 21 septembre, sorti le 26 septembre.

N° 988. *g.* — 8 ans. Contusions multiples des membres inférieurs; entré le 27 septembre, réclamé par la mère le 3 octobre.

N° 1012. *g.* — 4 ans. Contusion violente des deux jambes, épanchement sanguin, accident causé par un omnibus; entré le 20 octobre. Dans la nuit du 5 au 6 novembre, angine pseudo-membraneuse, trachéotomie, pratiquée avec succès par M. Moureton ; sort guéri le 1er décembre 1861.

[1] Ne pouvant dans ce relevé indiquer les noms des blessés, j'ai dû à titre de renseignement conserver le numéro d'ordre de mes registres d'observation.

N° 1015. *g.* — 13 ans. Contusion violente de la région lombaire avec épanchement sanguin; entré le 23 octobre, sort le 31 octobre presque guéri, revenir au traitement externe.

N° 1063. *g.* — 12 ans 1/2. Contusion du coude gauche datant de 8 jours, application de sangsues faite en ville; y aurait-il eu une fracture de l'épitrochlée? entre le 23 décembre, sort le 29 décembre 1861, en voie de guérison, conservant les mouvements du coude; aura à revenir au traitement externe, vu le manque de lits.

Relevé des filles, entrées pour des contusions, dans les salles de chirurgie à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1861.

N° 753. *f.* — Amenée le 7 juin 1861, 4 heures après une chute du haut des buttes Montmartre, contusions multiples; aucun accident n'étant survenu, elle est rendue à ses parents le 10 juin, vu le manque de lits.

N° 786. *f.* — 6 ans. Contusion violente du coude gauche, la veille un autre enfant lui avait marché sur le coude. Acné varioliforme de la face, se terminant par des abcès; entre le 20 juillet, envoyée en convalescence le 9 septembre.

N° 792. *f.* — 2 ans. Contusions multiples des membres inférieurs, épanchement sanguin considérable ; entre le 24 juillet.

N° 876. *f.* — 12 ans. Contusions de la partie inférieure de la jambe gauche datant de 8 jours; crainte de périostite, entre le 6 novembre 1861; le 20 novembre elle est assez bien pour être rendue aux parents, vu le manque de lits.

N° 908. *f.* — Contusions multiples ; entrée, 17 décembre 1861, réclamée par les parents, le 23 décembre 1861.

Relevé des cas de contusions observées à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service des garçons, depuis le 1er janvier 1868, *jusqu'au* 31 *décembre* 1871.

N° 3374. *g.* — 14 ans. Contusion de la jambe, renversé par une voiture de boucher, entré le 16 janvier 1868, sorti en bon état, 27 janvier.

N° 3408. *g* — 14 ans. Contusion du pied avec épanchement sanguin, par une voiture, entré 16 février, envoyé en convalescence, 9 mars 1868.

N° 3425. *g.* — 13 ans. Contusion de la hanche au niveau d'un ancien cal. Il y a 4 ans qu'il s'est fracturé le fémur au niveau du grand trochanter; il a été traité à l'Enfant-Jésus. Le cal est très-saillant, raccourcissement considérable, lors de son entrée le 25 février 1868, on pouvait croire à la rupture du cal; envoyé en convalescence le 9 mars 1868.

N° 3453. *g.* — 22 mois. Amené à l'hôpital le 18 mars 1868, après être tombé de la hauteur d'un premier, aucun accident n'étant survenu, il fut rendu aux parents le 22 mars, en recommandant de le ramener au traitement externe.

N° 3464. *g.* — 8 ans. Contusion violente de la partie postérieure et supérieure du thorax, par un coup de pied de cheval. Nous n'avons, pendant son séjour du 26 mars 1868 au 2 avril, trouvé aucun signe de

fracture; repris par les parents, qui craignaient de le voir contracter la rougeole.

N° 3469. *g.* — 14 ans. Entré le 2 avril 1868, chute d'un troisième étage, aucun accident n'étant survenu, les parents l'ont repris le 5 avril 1868.

N° 3504. *g.* — 11 ans 1/2. Contusion du pied droit; entré 27 avril 1868, envoyé en convalescence le 11 mai 1868.

N° 3507. *g.* — 12 ans. Contusion de la jambe; entré 2 mai 1868, sorti 18 mai 1868.

N° 3513. *g.* — 11 ans 1/2. Contusion de l'articulation tibio-tarsienne gauche et du pied; entré 6 mai 1868, repris par la mère le 17 mai 1868.

N° 3515. *g.* — 2 ans 1/2. Contusion légère des 2 avant-bras, au premier moment on avait cru à une fracture; entré le 6 mai, repris par la famille le 7 mai 1868.

N° 3517. *g.* — 7 ans. Contusion du genou droit et de la partie inférieure de la cuisse, avec déformation, rachitisme. Mère très-faible, père mort de la poitrine, il reste 4 enfants d'une constitution faible. Le malade a eu l'an dernier la coqueluche. Arthrite consécutive; entré 9 mai 1868, il est envoyé le 2 juin 1868 à Laroche-Guyon comme scrofuleux, et en revient en décembre 1869, après avoir eu une ophthalmie et de l'otorrhée; à son retour à Paris, recommandation à la mère de le ramener au traitement externe.

N° 3519. *g.* — 20 mois. Écrasement de la main droite. Contusion violente de la cuisse et de la jambe droite avec épanchement sanguin considérable, porté à Saint-Louis, l'interne de garde régularisa la plaie et amputa le pouce; entré le 11 mai 1868, il fut repris par les parents le 21 mai[1].

N° 3525. *g.* — 10 ans. Contusion de la jambe avec épanchement sanguin, entré le 12 mai 1868, envoyé le 25 mai en convalescence, en voie de guérison.

N° 3533. *g.* — 10 ans 1/2. Contusion des membres inférieurs, entré le 17 mai 1868, envoyé en convalescence le 2 juin 1868.

N° 3544. *g.* — 11 ans 1/2. — Contusions multiples, surtout au niveau de l'épaule gauche, accident arrivé au gymnase du patronage, entré le 25 mai 1868, envoyé en convalescence le 8 juin 1868.

N° 3548. *g.* — 10 ans. Contusion du pied, par une voiture, épanchement sanguin terminé par résolution; entré le 26 mai 1868, envoyé en convalescence le 8 juin 1868.

N° 3562. *g.* — 2 ans. Contusion violente de l'avant-bras droit par une voiture, épanchement sanguin; entré le 3 juin 1868, repris par la famille le 11 juin 1868.

N° 3574. *g.* — 12 ans. Contusion de la région frontale avec épanchement sanguin; entré le 8 juin 1868, sort le 14 juin, revenir au traitement externe, vu le manque de lits.

[1] Un autre enfant de 2 ans, N° 3626, eut dans un bateau la main écrasée par une grue le 14 juillet 1868, la main fut complétement séparée au niveau du poignet, il sortit vers la fin de juillet.

N° 3582. *g.* — 14 ans. Contusion du pied par une barre de fer; entré le 13 juin 1868, sort le 20 juin, vu le manque de lits.

N° 3593. *g.* — 8 ans 1/2. Contusion violente du crâne, écoulement sanguin par l'oreille droite, contusion des membres inférieurs; entré le 19 juin 1868, sorti le 13 juillet 1868 pour aller en convalescence.

N° 3640. *g* — 7 ans. Contusion de l'œil gauche; entré le 22 juillet 1868, sort le 3 août.

N° 3652. *g.* — 3 ans. Contusion avec épanchement sanguin au front, 30 juillet 1868.

N° 3665. *g.* — 13 ans. Contusion de la jambe; entré le 8 août 1868, sorti le 27 août 1868.

N° 3681. *g.* — 13 ans. Contusion du genou, entré le 8 août 1868, sort le 23 août.

N° 3696. *g.* — 14 ans. Contusion du pied par voiture. Garçon trop jeune pour conduire des voitures de vidange; entré le 27 août 1868, sort le 7 septembre 1868.

N° 3713. *g.* — 10 ans. Contusions de la face, do la région frontale, et du cuir chevelu en arrière, accident causé par une voiture; entré le 8 septembre 1868, envoyé en convalescence le 21 septembre 1868, vu l'excédant de malades.

N° 3718. *g.* — 11 ans. Contusion violente de l'articulation tibio-tarsienne, avec épanchement sanguin, par une voiture; entré le 10 septembre 1868, envoyé en convalescence le 28 septembre 1868.

N° 3745. *g.* — 7 ans. Contusion violente de l'abdomen, de l'aine du côté gauche; il y a peut-être eu une fracture du bassin? Écoulement de sang par l'oreille gauche, passage d'une voiture sur le corps; entré le 26 septembre 1868, envoyé en convalescence le 1er novembre 1868.

N° 3748. *g.* — 9 ans 1/2. Contusion du coude gauche avec épanchement sanguin; entré le 26 septembre 1868, repris le 4 octobre 1868 par les parents.

N° 3769. *g.* — 13 ans. Contusion de l'avant-bras et du coude; entré le 11 octobre 1868, sorti le 15 octobre, devra revenir au traitement externe.

N° 3789. *g.* — 14 ans. Contusion du genou datant de 8 jours avec petite plaie : inflammation phlegmoneuse au début, se termine par résolution; entré le 29 octobre, sorti le 1er novembre 1868.

N° 3814. *g.* — 12 ans. Prétendue contusion du creux poplité. Les parents prétendaient que leur enfant avait reçu *quelques* jours auparavant un coup de pied dans le jarret. Nous n'avons jamais trouvé ni gonflement, ni douleur réelle, et nous avons lieu de croire que la claudication était simulée; entré le 20 novembre 1868, sorti le 24 novembre 1868.

N° 3822. *g.* — 12 ans. Apprenti, contusion violente de la main, par machine à percer, il y a eu gangrène de la peau du dos de la main; entré le 24 novembre 1868, envoyé en convalescence le 14 décembre 1868.

N° 3837. *g.* — 9 ans 1/2. Contusion du genou datant de 4 jours.

L'enfant est tombé d'une voiture derrière laquelle il était monté; entré le 11 décembre 1868 : à sa sortie, le 20 décembre, il ne reste qu'une petite plaie superficielle qui pourra être soignée au traitement externe.

N° 3851. *g.* — 10 ans 1/2. Contusion de l'œil et de la face, par une pierre; entré le 26 décembre 1868, sorti le 31 décembre 1868, revenir au traitement externe.

N° 3856. *g.* — 13 ans. Contusion du coude, entré le 29 décembre 1868, sorti le 31 décembre pour revenir au traitement externe.

N° 3891. *g.* — 8 ans. Contusion de la jambe, avec épanchement sanguin à la partie postérieure, accident causé par une voiture; entré le 29 janvier 1869, sorti le 15 février.

N° 3898. *g.* — 4 ans. Contusion violente du coude, avec épanchement sanguin; entré le 8 février 1869, rendu aux parents le 18 février, crainte de le voir contracter une ophthalmie, devra revenir au traitement externe.

N° 3915. *g.* — 5 ans. Contusion du pied, épanchement sanguin, accident causé par une voiture; entré le 18 février 1869, convalescent le 1er mars 1869.

N° 3939. *g.* — 7 ans. Contusion violente du coude, avec épanchement sanguin, entré le 10 mars 1869, repris par les parents le 28 mars, puis représenté par eux à la consultation, pour entrer de nouveau à l'hôpital; un nouveau billet d'admission fut fait, mais l'enfant ne rentra pas.

N° 3947. *g.* — 14 ans. Contusion du poignet simulant une fracture du radius; la veille il avait été pansé dans un hôpital et, comme on croyait à l'existence d'une fracture, on avait appliqué un appareil dextriné; entré le 16 mars 1869, sorti le 21 mars. Ce garçon a été traité, il y a quelques années, par M. Bourgard pour une coxalgie, à l'aide de cautères.

N. 3955. *g.* — 11 ans. Contusion des pieds, par un omnibus, épanchement sanguin; entré le 23 mars 1869, envoyé en convalescence le 5 avril 1869; à ce moment la résolution de l'épanchement était complète. Convalescence, vu l'excédant de malades.

N° 3962. *g.* — 4 ans. Contusions multiples; entré le 27 mars 1869, repris le jour même par les parents.

N° 3963. *g.* — 5 ans. Contusions de la tête, convulsions épilepti formes; entré le 30 mars 1869, repris par les parents, l'enfant paraissant en bon état, le 4 avril 1869.

N° 3970. *g.* — 9 ans. Contusion du pied; entré le 4 avril 1869, sorti le 15 avril 1869.

N° 3972. *g.* — 4 ans. Contusion du coude, avec épanchement sanguin; entré le 4 avril 1869, sorti le 11 avril 1869, devra revenir au traitement externe.

N° 4001. *g.* — 3 ans. Contusion de la partie supérieure du thorax, on pouvait craindre fracture; misère, malpropreté; entré le 21 avril 1869, sorti le 29 avril 1869.

N° 4025. *g.* — 5 ans. Contusion du scrotum, hernie inguinale ancienne, engorgement du cordon, de l'épididyme et du testicule, hydro-

cèle; entré le 10 mai 1869, sorti le 6 juin 1869, assez amélioré pour revenir au traitement externe, vu l'excédant de malades.

N° 4059. *g.* — 8 ans. Contusion du coude droit (gibbosité dorsale très-ancienne, observ. prise); entre le 31 mai 1869, sort le 6 juin 1869, devra revenir au traitement externe vu l'excédant de malades.

N° 4070. *g.* — 12 ans. Contusion du pied par une voiture; entré le 8 juin 1869, guéri le 13 juin 1869.

N° 4088. *g.* — 6 ans. Contusion de la jambe; entré le 12 juin 1869, envoyé en convalescence, le 5 juillet 1869.

N° 4089. *g.* — 14 ans 1/2. Contusion de la jambe; entre le 22 juin 1869, sort guéri le 19 juillet 1869.

N° 4103. *g.* — 13 ans. Contusion de l'abdomen; entré le 2 juillet 1869. Ce garçon, pendant son séjour à l'hôpital, ne s'étant plaint d'aucune douleur et aucun accident n'étant survenu, est rendu le 4 juillet 1869.

N° 4110. *g.* — 5 ans 1/2. Contusions multiples; entré le 7 juillet 1869, sort guéri le 14 juillet 1869.

N° 4111. *g.* — 8 ans 1/2. Contusion du pied; entré le 8 juillet 1869, sort guéri le 19 juillet 1869.

N° 4128. *g.* — 2 ans. Contusion de la cuisse; entre le 16 juillet 1869, la date de la sortie n'est pas indiquée.

N° 4137. *g.* — 14 ans. Contusions multiples, renversé par une voiture; entre le 16 juillet 1869, sort guéri le 29 juillet 1869.

N° 4142. *g.* — 10 ans. Contusion de la hanche droite, chute d'un 2e étage; entre le 29 juillet 1869, sort le 5 août 1869.

N° 4154. *g.* — 10 ans. Contusion à la jambe droite, vaste épanchement sanguin; entré le 5 août 1869, envoyé en convalescence le 23 août 1869.

N° 4165. *g.* — 13 ans. Contusion légère du pied gauche, renversé par une voiture de place ; entré le 13 août 1869, sorti le 23 août 1869.

N° 4172. *g.* — 5 ans. Contusions de la jambe gauche ; entré le 17 août 1869, sorti le 29 août 1869, devra revenir au traitement externe.

N° 4178. *g.* — 6 ans 1/2. Contusions multiples : chute d'un premier; entré le 19 août 1869, sorti le 22 août 1869.

N° 4202. *g.* — 10 ans. Contusion du coude avec épanchement sanguin. Malgré son impetigo granuleux du cuir chevelu, cet enfant va à l'école communale de la rue de Colombe. La famille refuse la convalescence; entre le 6 septembre 1869, sort le 20 septembre 1869.

N° 4212. *g.* — 11 ans. Contusion du coude gauche avec épanchement sanguin, simulant fracture ; entré le 11 septembre 1869, sorti le 20 septembre 1869.

N° 4228. *g.* — 5 ans 1/2. Contusion de la hanche, simulant coxalgie. L'enfant se serait toujours bien porté, lorsque samedi, en montant un escalier, il éprouva, après s'être heurté. une assez vive douleur dans la jambe droite, il continua à marcher jusqu'au lendemain; à ce moment, fièvre, douleur dans les membres inférieurs; entré le 22 septembre 1869, sorti le 26 septembre 1869.

N° 4253. *g.* — 13 ans. Contusion du coude gauche et de la hanche,

tombé, en jouant, de la rampe du chemin de fer de Lyon; entré le 12 octobre, sorti le 21 octobre 1869.

Nº 4297. *g.* — 14 ans. Contusion violente du coude et de l'avant-bras gauche, apprenti, entre le 11 novembre 1869; le 22 novembre, vu l'excédant de blessés dans le service, il est envoyé en convalescence. A ce moment la résolution est presque complète.

Nº 4351. *g.* — 10 ans 1/2. Contusion de l'abdomen, écrasé par une voiture de déménagement ; entré le 3 janvier 1870, mort le 9 janvier 1870.

Nº 4357. *g.* — 13 ans 1/2. Contusion violente du coude, fracture probable de l'épitrochlée; entré le 6 janvier 1870, envoyé en convalescence le 31 janvier, vu 6 lits de supplément; à ce moment la guérison est en bonne voie.

Nº 4365. *g.* — 7 ans. Contusion de la cuisse, plaie contuse de la paupière, avait été renversé par une voiture; entré le 18 janvier 1870, sort le 31, envoyé en convalescence.

Nº 4367. *g.*—10 ans 1/2. Contusion violente de l'épaule droite, épanchement, paralysie du deltoïde; entré le 31 janvier, sort le 6 février; à ce moment les mouvements sont revenus, revenir au traitement externe.

Nº 4378. *g.* — 5 ans. Contusion de l'abdomen, de l'avant-bras et de la jambe droite; entré le 2 février 1870, repris par les parents, à peu près guéri, le 13 février.

Nº 4391. *g.* — 6 ans. Contusion de la jambe droite, doutes sur l'existence d'une fracture du tibia, accident arrivé à l'asile ; entré le 14 février 1870, envoyé en convalescence le 7 mars; au cas où la convalescence ne serait pas acceptée, rester encore à l'hôpital.

Nº 4395. *g.* — 13 ans. Contusion et plaie contuse de la main droite par engrenage, apprenti imprimeur ; entré le 19 février 1870, repris par la mère qui refuse la convalescence, le 7 mars 1870.

Nº 4398. *g.* — 12 ans. Contusion de la jambe droite avec épanchement sanguin assez considérable ; entré le 23 février 1870, envoyé en convalescence le 8 mars 1870, l'épanchement étant en voie de résolution.

Nº 4410. *g.* — 3 ans 1/2. Contusion du pied gauche et de la jambe droite, petite plaie du front, accident causé par une voiture, le père est homme de peine ; entré le 2 mars 1870, le 27 mars la résolution est assez avancée pour que l'enfant puisse sortir et être ramené au traitement externe ; à ce moment il y a dix lits en plus aux garçons.

Nº 4417. *g.* — 14 ans. Contusion violente du pied gauche, accident arrivé en jouant avec des pierres ; entré le 5 mars, envoyé en convalescence le 28 mars, la résolution étant très-avancée ; à ce moment, il y a dix lits de supplément aux garçons.

Nº 4420. *g.*— 2 ans 1/2. Contusions multiples de la face, des bras et des avant-bras, misère ; entré le 7 mars, sorti le 14 mars 1870.

Nº 4427. *g.* — 13 ans. Contusion de l'épaule gauche, marchand des 4 saisons; entré le 12 mars, sorti le 17 mars 1870.

Nº 4429. *g.* — 5 ans 1/2. Contusion légère, reçu par l'interne de garde ; entré le 15 mars, sorti le 20 mars.

N° 4477. *g.* — 14 ans. Contusion de la jambe droite, épanchement sanguin, suivi d'ulcération de la peau ; entré le 18 avril, sort le 2 mai 1870, envoyé presque guéri, en convalescence, vu 7 lits de supplément.

N° 4511. *g.*—11 ans. Contusion légère de la jambe gauche, renversé par une voiture ; entré le 5 mai, sorti le 8 mai 1870.

N° 4514. *g.* — 13 ans. Contusion grave de la jambe droite au niveau des malléoles, petite plaie de la tête, renversé par une voiture ; entré le 7 mai, envoyé en convalescence le 23 mai 1870.

N° 4524. *g.* — 9 ans. Contusion du coude; entré le 12 mai, envoyé en convalescence le 23 mai 1870 en voie de résolution.

N° 4531. *g.* 14 ans 1/2. Contusions multiples, accident arrivé à la suite de l'éboulement d'un mur, pendant que le garçon dénichait des oiseaux ; entré le 18 mai, sorti le 22 mai.

N° 4548. *g.* — 8 ans. Contusion de la jambe simulant ostéite (ancienne ostéite scrofuleuse des orteils) ; entré le 27 mai, envoyé en convalescence le 13 juin 1870.

N° 4653. *g.* — 7 ans. Contusion de l'abdomen et du bassin, accident causé par une voiture, entré le 17 août 1870; aucun accident n'étant survenu jusqu'au 5 septembre, l'enfant est envoyé en convalescence.

N° 4674. *g.* — 12 ans. Contusion de la partie inférieure de la jambe gauche, plaie de la partie postérieure du cuir chevelu, accident causé par voiture ; entré le 2 septembre 1870, le 12 septembre la plaie étant presque cicatrisée, comme il y avait 5 lits de supplément, l'enfant est désigné pour la convalescence ; le père n'étant pas venu donner son consentement, on lui reconduit son fils.

N° 4675. *g.* — 8 ans. Contusions des deux jambes, par une voiture: entré le 2 septembre 1870, envoyé en convalescence le 12 septembre, vu les lits de supplément.

N° 4684. *g.* — 3 ans. Contusion de la jambe droite avec épanchement sanguin, accident causé par une voiture ; entré le 12 septembre 1870 ; — le 2 octobre 1870, la guérison étant complète, l'enfant sort, mais sera ramené au traitement externe, vu 8 lits de supplément.

N° 4699. *g.* — 7 ans. Contusion violente de la cuisse, de la jambe droite et du creux poplité, par voiture ; entré le 17 septembre 1870, envoyé en convalescence le 17 octobre 1870, vu 8 lits de supplément.

N° 4716. *g.* — 12 ans 1/2. Contusion du pied gauche; entré le 30 septembre, envoyé en convalescence le 10 octobre 1870, vu 8 lits de supplément.

N° 4721. *g.* — 9 ans. Contusion violente du pied gauche et de l'articulation tibio-tarsienne, avec épanchement sanguin, accident causé par une voiture ; entré le 4 octobre, convalescence le 17 octobre 1870, vu 9 lits de supplément.

N° 4722. *g.* — 12 ans. Contusion violente du pied avec épanchement sanguin, accident de voiture, entré le 5 octobre, les parents ayant refusé la convalescence le 24 octobre 1870, vu 5 lits de supplément, l'enfant devra revenir au traitement externe.

N° 4730. *g.* — 6 ans. Contusion de la jambe droite, peut-être fracture

du tibia, à la partie moyenne; entré le 9 octobre 1870, envoyer en con valescence, ou rendre aux parents, vu 6 lits de supplément, le 7 novembre 1870.

N° 4746. *g.* — 8 ans. Contusion de l'abdomen, coup de pied de cheval; entre le 22 octobre 1870; aucun accident n'étant survenu pendant son séjour à l'hôpital, il devra aller en convalescence, ou revenir au traitement externe, vu 6 lits de supplément au 7 novembre 1870.

N° 4762. *g.* — 13 ans. Contusion du pied, avec épanchement sanguin; accident de voiture ; entre le 4 novembre 1870, rendu à la famille le 20 novembre 1870, faute de place à la convalescence.

N° 4784. *g.* — 15 ans 1/2. Contusions de la cuisse et de la jambe gauche (ancien scrofuleux traité à l'hôpital). Ce garçon avait été blessé en montant derrière une voiture ; entre le 1er décembre 1870, sort le 11 décembre 1870, revenir au traitement externe, vu le manque de lits.

N° 4836. *g.*—14 ans 1/2. Contusion violente du pied gauche, causée par la chute d'un poids en fer; entré le 20 janvier 1871, rendu aux parents, qui refusent la convalescence; à ce moment, le 5 mars, il était presque guéri et il y avait 4 lits de supplément.

N° 4843. *g.* — 8 ans. Contusion violente du pied par une voiture ; entre le 30 janvier 1871, repris par les parents qui refusent la convalescence, le 20 mars 1871.

N° 4849. *g.* — 11 ans. Contusion du pied, suivie d'escharre, blessé par une voiture; entre le 7 février 1871, sort le 19 mars 1871, les parents refusant la convalescence.

N° 4917. *g.* — 6 ans 1/2. Contusion du thorax, chute de la hauteur de 2 mètres; entre le 23 avril 1871, sort le 27 avril 1871, aucun accident n'étant survenu.

N° 4968. *g.* — 14 ans. Contusion du bras droit par mécanique, doutes sur l'existence d'une fracture ; entre le 9 juin 1871, sort le 18 juin 1871, vu l'excédant de malades.

N° 5016. *g.*—13 ans. Contusion de la jambe ; entre le 25 juillet 1871, sort le 7 août 1871.

N° 5018. *g.* — 12 ans. Contusion de l'épaule droite; entre le 24 juillet 1871, sort le 4 août pour aller en convalescence.

N° 5036. *g.*—6 ans. Contusion de la joue gauche, chute d'un 1er; entré le 8 août 1871, sorti le 13.

N° 5037. *g.* — 6 ans, Contusion de la jambe gauche, par une voiture entré le 9 août, sorti le 17 août 1871.

N° 5042. *g.* — 10 ans. Contusion très-légère de la jambe droite; entré le 15 août, sorti le 17 août 1871.

N° 5134. *g.*— 8 ans. Contusion du coude droit, épanchement sanguin ; entré le 28 octobre 1871, convalescence ou traitement externe, le 20 novembre 1871, vu 7 lits de supplément.

N° 5171. *g.* — 14 ans. Renversé par une voiture, envoyé par le commissaire de police, ce garçon, qui a une fluxion consécutive à carie dentaire, ne présentant aucune lésion, fut renvoyé le lendemain de son accident.

N° 5181. *g.* — 11 ans. Contusions multiples de la face, de l'aine, du

genou et du pied, du côté droit; ce garçon, apprenti brasseur, était tombé de la voiture qu'il conduisait; entré le 6 décembre 1871, envoyé en convalescence le 2 janvier 1872.

Relevé des cas de contusions observés à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service des filles, depuis le 1er janvier 1868 jusqu'au 31 décembre 1871.

N° 2526. *f.* — 11 ans. Contusion de la jambe droite avec épanchement sanguin. Cas simulant fracture du tibia : à la sortie, la résolution de l'épanchement est complète. Les parents refusent la convalescence; entrée le 8 mars 1868, sortie le 29 mars 1868.

N° 2558. *f.* — 9 ans. Contusion de la main droite, peut-être un peu d'ostéite des métacarpiens ; entrée le 2 avril 1868, sortie le 4 mai 1868.

N° 2562 *f.* — 11 ans. Contusion de l'œil gauche, datant de 10 jours; entrée le 27 avril 1868, sortie le 30 avril 1868.

N° 2565. *f.* — 12 ans. Contusion simple du genou; entrée le 2 avril, envoyée en convalescence le 11 mai 1868.

N° 2589. *f.* — 6 ans. Écrasée par une voiture, morte le jour de son admission. Autopsie non faite, le 16 mai 1868.

N° 2592. *f.* — 8 ans 1/2. Contusion du pied, épanchement sanguin ; entrée le 18 mai 1868, convalescence le 8 juin 1868.

N° 2604 *bis. f.* — 7 ans. Bosse sanguine considérable de la région temporo-pariétale gauche, datant au moins de 8 jours, résolution complète en très-peu de temps; entrée le 3 juin 1868, convalescence, le 15 juin 1868.

N° 2642. *f.* — 5 ans. Contusions de la région orbitaire et scapulo-humérale droite, envoyée par le commissaire de police. Les contusions sont heureusement peu graves; à droite il y a une ecchymose sous-conjonctivale; entrée le 16 juin 1868, sort le 30 août 1868.

N° 2646. *f.* — 7 ans. Contusion de la jambe par une voiture; entrée le 14 juillet 1868, devra, vu le manque de lits, revenir au traitement externe, sortie le 19 juillet 1868.

N° 2649. *f.* — 13 ans. Ecrasée par une voiture, meurt le jour de son entrée, le 17 juillet 1868.

N° 2743. *f.* — 3 ans. Contusion de la cuisse gauche, fracture très-douteuse; déformation rachitique des plus marquées. Il est probable, vu la persistance de la tuméfaction de la partie inférieure du fémur, qu'il y a eu une fracture incomplète; jamais nous n'avons constaté ni mobilité, ni crépitation. Rendue à la famille au bout de 21 jours, pour être ramené au traitement externe ; entrée le 17 octobre 1868, sortie le 5 novembre 1868.

N° 2761. *f.* — 6 ans. Contusion du coude sans épanchement; entrée le 28 octobre 1868, sortie le 1er novembre 1868, revenir au traitement externe.

N° 2768. *f.* — 4 ans. Envoyée par le commissaire de police. Cette enfant présentait de nombreuses contusions du tronc, des membres supérieurs, de la face et de la partie supérieure de la tête, les pieds

PARIS. — Imp. Paul DUPONT, rue J.-J.-Rousseau, 41. *Le Gérant* : G. MASSON.

étaient congelés; elle avait, en outre, de la diarrhée. La contusion du cuir chevelu avait été assez violente pour déterminer une escharre irrégulière, à bords frangés, dont les plus grands diamètres étaient dans un sens de 9 centimètres et dans un autre de 7. Tel était son état le 14 novembre 1868, jour de son admission à l'hôpital. L'escharre du cuir chevelu, tombée le 22 novembre, laissa après sa chute une plaie grisâtre; le 5 décembre, les orteils congelés commencèrent à se détacher. Le 24 mai 1868, après un séjour d'environ six mois à l'hôpital, je l'envoyai en convalescence à la campagne, n'ayant plus de lits disponibles; à cette époque, la plaie du cuir chevelu n'était pas encore entièrement cicatrisée; presque tous les orteils étaient tombés.

N° 2797. *f.* — 7 ans. Contusion du coude gauche; entrée le 4 janvier 1869, envoyée en convalescence le 18 janvier 1869.

N° 2804. *f.* — 6 ans. Contusion du pied gauche par voiture, épanchement sanguin considérable; au bout de quelques jours, sphacèle des téguments, dans une petite étendue; entrée le 9 janvier 1869, elle fut envoyée le 8 mars 1869 en convalescence. A cette époque, la résolution était complète.

N° 2806. *f.* — 8 ans. Contusion des grandes lèvres avec épanchement sanguin considérable à droite, et une petite plaie en arrière. Accident arrivé à l'école; entrée le 10 janvier 1869, sortie le 20 janvier.

N° 2817. *f.* — 10 ans 1/2. Contusion du genou, accident arrivé le jeudi; entrée le 21 janvier 1869, envoyée en convalescence le 25 février 1869. La claudication qui, très-probablement, était exagérée lors de l'entrée, a entièrement disparu.

N° 2823. *f.* — 2 ans. Enfant envoyée par le commissaire de police. Contusions multiples, il y a une ecchymose à la conjonctive oculaire droite; entrée avant le 6 février 1869, envoyée guérie, le 1er mars 1869, au dépôt des enfants assistés.

N° 2872. *f.* — 12 ans. Contusion; entrée le 2 avril 1869, sortie le 11 avril 1869.

N° 2919. *f.* — 11 mois. Épanchement sanguin très-considérable de toute la région frontale, consécutif à une chute datant de 10 jours; peut-être fracture des os du crâne; entrée le 10 mai 1869, sort le 23 mai 1869, résolution complète de l'épanchement, revenir au traitement externe.

N° 2982. *f.* — 7 ans. Contusion de la hanche; entrée le 6 juillet 1869, envoyée en convalescence le 19 juillet 1869.

N° 2993. *f.* — 10 ans 1/2. Contusions multiples et brûlure des deux pieds; entrée le 13 juillet 1869, sortie le 1er août 1869.

N° 3057. *f.* — 14 ans. Contusion de la partie postérieure du cou, faite par le timon d'une voiture; au début de son séjour, quelques vomissements; aucun autre accident n'étant survenu, sort entièrement rétablie; entrée le 30 août 1869, sortie le 5 septembre 1869.

N° 3081. *f.* — 5 ans. Contusion violente du coude droit, peut-être fracture du condyle externe de l'humérus; à la sortie, pas de gonfle-

ment; entrée le 20 septembre 1869, envoyée en convalescence le 4 octobre 1869 ou revenir au traitement externe, vu excédant de lits.

N° 3089. *f.* — 9 ans. Contusion de la hanche droite après une chute de sa hauteur; depuis aurait eu des accidents nerveux, mal caractérisés, peut-être épileptiformes, qui ne s'étaient jamais montrés avant son accident. Pendant son séjour à l'hôpital, rien de semblable n'ayant été observé, elle fut rendue à ses parents, vu l'excédant de lits, avec recommandation de la ramener au traitement externe.

N° 3285. *f.* — 12 ans, apprentie blanchisseuse. Contusions multiples de la tète, de la face, de l'avant-bras, de la hanche et des cuisses. Envoyée par le commissaire de police de la rue des Enfants-Rouges, ne la rendre que par ordre. Au bout d'un mois de séjour, fut placée à Lyon par MM. Ch. Robert et Barresvill, membres de la Société de protection des apprentis. Pendant son séjour à l'hôpital, cette enfant contracta une blepharo-conjonctivite. Sur mon registre d'inscription, je trouve consignée la note suivante:

Le dimanche qui précéda la sortie de cette malade, le beau-père et la belle-mère, qui étaient venus la voir, étaient dans un tel état d'ivresse que l'entrée des salles leur fut refusée. Entrée le 21 avril 1870, sortie le 10 juin 1870.

N° 3288. *f.* — 11 ans 1/2. Contusion violente de la hanche gauche, à la suite d'une chute d'un 2e étage ; n'y a-t-il eu qu'une simple contusion, ou écrasement de la partie supérieure du fémur? Le diagnostic est toujours resté obscur. Lors de l'entrée de la malade, le membre abdominal gauche était demi-fléchi et dans la rotation en dehors. Pas de crépitation, on replaça facilement la cuisse dans sa position normale. Pendant son séjour dans nos salles, qui dura près de deux mois, l'enfant contracta, 10 jours après son entrée, une blépharo-conjonctivite grave le 2 mai 1870; entrée le 23 avril 1870, sortie le 11 juillet 1870.

N° 3384. *f.* — 13 ans. Contusions multiples des bras, attribuées au père ; l'enfant fut renvoyée des salles au bout de 4 jours, à cause de son inconduite; elle pouvait, du reste, rentrer sans inconvénients dans sa famille; avait, en outre, de l'impétigo du cuir chevelu; entrée le 25 juillet 1870, renvoyée le 29 juillet 1870.

N° 3394. *f.* — 12 ans 1/2. Contusion du coude droit, avec épanchement sanguin; 11 jours après son entrée, le gonflement ayant totalement disparu, la malade pouvant revenir au traitement externe, elle fut rendue à ses parents; à cette époque il y avait aux filles 14 lits supplémentaires; entrée le 30 juillet 1870, sortie le 11 août 1870.

N° 3473. *f.*— 8 ans 1/2. Cette enfant, renversée par un omnibus, avait un épanchement sanguin considérable dans l'abdomen, des contusions violentes des lombes et probablement une fracture du rebord de l'os iliaque gauche. Elle resta 41 jours dans notre service, reprise par la mère, malgré toutes mes observations; je ne l'ai jamais revue; entrée le 30 octobre 1870, reprise le 11 décembre 1870.

N° 3499. *f.* — 14 ans. Contusion légère de la cuisse, entrée le 1er décembre 1870, sortie le 5 décembre 1870.

N° 3520. *f.* — 12 ans. Contusion de l'épaule gauche, suite d'une chute; épanchement articulaire; paralysie du deltoïde, sort au bout de 10 jours, les mouvements sont libres; entrée le 13 janvier 1871, sortie le 22 janvier 1871.

N° 3621. *f.* — 21 mois. Contusion de la cuisse, entrée le 5 mai 1871, rendue aux parents le 11 juin 1871, en leur recommandant de revenir au traitement externe. A ce moment, il y avait 12 lits de supplément aux filles.

N° 3635. *f.* — 14 ans. Contusion du poignet, simulant une fracture de l'extrémité inférieure du radius : arthrite fongueuse consécutive de l'articulation radio-carpienne. Après 37 jours passés à l'hôpital, je l'envoie à Berck, où elle reste 6 mois.

N° 3668. *f.* — 6 ans. Contusion de l'abdomen causée par une voiture; entrée le 17 août 1871, sort le 27 août, et devra être ramenée au traitement externe, vu l'excédant de blessées.

N° 3677. *f.* — 5 ans 1/2. Contusion du pied par une voiture; au bout de 3 jours, elle est reprise par sa mère, malgré nos observations relatives à nos craintes de gangrène consécutive.

N° 3758. *f.* — 13 ans. Contusion de l'articulation tibio-tarsienne suivie de gangrène, reprise par la mère au bout d'un mois, elle refuse la convalescence.

N° 3787. *f.* — 7 ans 1/2. Contusion du pied causée par une charrette, entrée le 23 décembre 1871, envoyée en convalescence le 23 janvier 1872, vu 2 lits de supplément.

Malgré toutes les omissions inévitables dans un relevé aussi sommaire, non-seulement on peut se faire une idée assez exacte, non pas du nombre, mais de la diversité des accidents auxquels sont continuellement exposés les enfants mal surveillés, mais on peut aussi constater que, sauf quelques rares admissions pour des contusions peu graves, malgré leur cause, dans la majorité des cas, elles étaient assez sérieuses pour exiger de grands soins.

De plus, dans cet exposé, qui n'est que l'exacte reproduction de nos notes consignées sur les fiches destinées à la statistique des hôpitaux, on trouve l'explication des motifs qui ont nécessité, au bout d'un temps parfois un peu court, soit l'envoi en convalescence, soit la sortie définitive de nos petits blessés, avec recommandation de les ramener au traitement externe. Tantôt, en effet, nous avons dû prendre un peu promptement cette détermination, par crainte de voir nos malades contracter dans les salles quelqu'une de ces affections contagieuses si communes dans le jeune âge, tantôt pour éviter les suites si fâcheuses de l'encombrement, ou faire place à de nouveaux arrivants, tantôt enfin et bien malgré nous, pour céder aux exigences de familles peu raisonnables réclamant leurs enfants.

M. Desprès. Je suis heureux d'avoir entendu M. Marjolin; toutefois, je ne voudrais pas que la Société s'émût outre mesure des faits qu'il a exposés. Ces faits sont vrais, mais ce sont des exceptions.

———

Présentation de malades.

Ectropion consécutif à une ophthalmie granuleuse. — Opération.

M. Panas présente un malade qu'il a opéré pour un ectropion de la paupière inférieure.

Cet homme, âgé de 58 ans, exerçant la profession de mineur, a perdu l'œil droit depuis 15 ans, à la suite d'une explosion; cet œil est aujourd'hui réduit à un simple moignon, avec la paupière inférieure en ectropion complet. L'œil gauche fut atteint d'ophthalmie granuleuse au mois d'août 1873, et le malade fut admis à Lariboisière en février 1874. Il était alors porteur de granulations fongoïdes de la conjonctive, d'un pannus presque sarcomateux de la cornée et d'un ectropion de la paupière inférieure. Des topiques modificateurs furent d'abord mis en usage contre les granulations conjectivales, puis on sectionna le conduit lacrymal inférieur, et enfin M. Panas pratiqua, pour guérir l'ectropion, l'opération de Celse, à laquelle il fit succéder des tractions élastiques, mais sans succès, car la paupière ne tarda pas à se renverser de nouveau. Le 21 juillet dernier, M. Panas a pratiqué l'opération de Mirault (procédé en pont), qui paraît avoir donné le résultat le plus complet.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
Paulet.

Séance du 11 août 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

M. Nelson Pautier adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national, un travail manuscrit intitulé: *Nécrose centrale partielle de presque toute la longueur du radius, trépanation; extraction.*

Commissaire : M. Guéniot.

Communications.

Sur l'amputation médio-tarsienne.

M. Guérin. Je veux appeler l'attention de la Société de chirurgie sur une des causes de la déformation du moignon à la suite de l'amputation médio-tarsienne. On admet généralement que cette déformation dépend : 1° de la suppression du pilier antérieur de la voûte plantaire ; 2° de la rétraction du tendon d'Achille. La première de ces deux causes est très-admissible en théorie ; cependant certains faits démontrent péremptoirement que, malgré la suppression de l'avant-pied, l'on peut avoir des résultats excellents après l'amputation de Chopart. La rétraction du tendon d'Achille me paraît avoir plus d'importance et je la considère comme la principale cause de la déformation en question. On ne s'explique pas, *a priori*, pourquoi les muscles de la partie antérieure de la jambe ne font pas équilibre à ceux de la partie postérieure, puisque les premiers de ces muscles sont conservés tout aussi bien que les seconds ; mais l'hésitation cessera si l'on songe que, tout d'abord, les muscles de la région antérieure sont sectionnés et libres à leurs extrémités. Ils peuvent certainement contrebalancer l'action puissante du triceps sural, mais c'est seulement après que leurs extrémités libres se sont soudées aux os restants. C'est donc dès le début qu'il faut lutter contre la rétraction du tendon d'Achille, et je suis convaincu qu'on peut la supprimer entièrement en s'opposant à l'inflammation des gaînes tendineuses. Le pansement ouaté me paraît, à cet égard, donner des garanties supérieures à tout ce qui a été fait jusqu'ici. Grâce à la compression élastique qu'il exerce, il permet de maintenir sans difficulté le pied dans sa position normale ; en outre, par le filtrage de l'air qu'il assure, il prévient l'inflammation des gaînes tendineuses et la formation des fusées purulentes qui en sont la conséquence ; enfin, il procure autant que possible la réunion immédiate, qui doit être l'objectif du chirurgien dans toutes les amputations.

Je crois qu'en agissant comme je le conseille, on pourra faire l'amputation de Chopart sans craindre la déformation consécutive, si fréquente jusqu'à présent. M. Sédillot s'est certainement laissé induire en erreur quand il avance que Blandin n'aurait eu à faire qu'une seule fois la section du tendon d'Achille après la désarticulation médio-tarsienne. J'ai été l'interne de Blandin et je puis vous affirmer que cette opération lui a constamment donné des résultats déplorables ; tous ses opérés marchaient sur la cicatrice. En revanche, j'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai opéré il y a 13 mois et que je garde seulement dans mon service pour des

cavernes pulmonaires qui sont, du reste, en voie de guérison. Chez lui, les gaînes synoviales ne se sont jamais enflammées et la guérison s'est rapidement effectuée. Vous pouvez constater que cet homme marche presque aussi facilement que s'il n'avait pas été amputé et que son moignon présente la forme la plus irréprochable. Voici, de plus, un moule pris sur ce moignon en janvier 1875 et qui nous démontre que les résultats de l'opération ne se sont pas modifiés depuis sept mois.

M. Perrin. Je félicite M. Guérin de ce résultat, le plus beau, je crois, que nous ayons dans nos collections. J'en prends acte et j'espère que de nouveaux faits nous permettront, à l'avenir, d'être moins sévères pour l'amputation de Chopart.

M. Desprès. Je connais les observations auxquelles M. Guérin a fait allusion. Il est aujourd'hui bien démontré que les résultats paraissent très-beaux pendant un ou deux ans, mais que la déformation survient toujours consécutivement. C'est la marche, uniquement la marche qui détermine le renversement du pied; le bras de levier des fléchisseurs se trouvant diminué, il n'y a plus équilibre entre eux et les extenseurs, de telle façon que le pied s'étend jusqu'à ce que le bord antérieur du calcanéum vienne toucher le sol.

M. Guérin. J'ai mentionné, au début de cette communication, l'influence que me paraissait avoir la suppression du pilier antérieur de la voûte plantaire; je n'y reviendrai donc pas. Quant à la diminution du bras de levier, elle serait plutôt à l'avantage des muscles antérieurs, car ces muscles s'inséraient au milieu du pied avant l'opération, tandis qu'une fois l'amputation faite, ils s'insèrent à l'extrémité du pied, c'est-à-dire dans une situation bien plus avantageuse. Au reste, c'est dans le but de savoir s'il y aurait quelque déformation consécutive que j'ai fait mouler le moignon de mon opéré. Vous avez constaté vous-même qu'il ne s'est rien produit de pareil, et pourtant cet homme marche depuis dix mois. Je ne m'explique pas pourquoi la déformation devrait nécessairement survenir dans quelques mois d'ici.

M. Giraud-Teulon. Au point de vue physiologique, il n'est pas exact de dire que la force des muscles antérieurs de la jambe soit égale à celle des muscles postérieurs. Si ces muscles paraissent se faire équilibre, ce n'est qu'en présence d'une autre force, la pesanteur; mais, si vous supprimez celle-ci, en vous étendant sur le dos, vous verrez le pied se mettre naturellement en extension, en vertu de l'action musculaire, ce qui vous prouve bien qu'il n'y a pas équilibre primitif entre ces deux groupes de muscles.

Lecture.

M. Parrot donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la syphilis héréditaire.* (M. Verneuil, rapporteur.)

Élection.

La Société procède à l'élection de trois membres *associés étrangers* et de trois membres *correspondants étrangers.* Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

Membres associés étrangers.

Nombre des votants ; 21.

MM. Bowman, de Londres, 20 voix.
Fergusson, de Londres, 19 —
Rizzoli, de Bologne, 19 —

Membres correspondants étrangers.

Nombre des votants : 17.

MM. Otis, de Washington.... ...... 17 voix.
Rouge, de Lausanne. .... 17 —
Corradi, de Pavie.... .... 16 —

En conséquence sont élus, comme *associés étrangers :* MM. Bowman, Fergusson, Rizzoli; comme *correspondants : étrangers :* MM. Otis, Rouge et Corradi.

Présentation d'instruments.

Périmètre portatif et schémographe.

M. Giraud-Teulon présente, au nom de M. le Dr Badal, un instrument destiné à mesurer l'étendue du champ visuel. Le *périmètre* se rapproche, sous le rapport du but à atteindre, du *diopsimètre* présenté au congrès ophthalmologique de 1867, par M. Robert Houdin; mais il en diffère essentiellement par les détails de sa construction qui en font un instrument réellement pratique.

Il se compose d'un quart de cercle de 15 centimètres de rayon, placé de champ à l'extrémité postérieure d'un tube en cuivre dont

la partie antérieure, évasée en cupule, s'applique exactement contre l'œil. Le côté du tube qui regarde le quart de cercle présente une pente, assez large pour que la vision pésiphénique puisse s'exercer librement dans cette direction, assez étroite pour s'opposer à la vision des objets voisins pouvant tromper l'attention du malade.

Sur le quart de cercle, gradué jusqu'à 90°, glisse à frottement doux un cube d'ivoire dont quatre côtés de couleur blanche, rouge, verte ou violette, peuvent successivement être présentés au regard. Ce cube d'ivoire est porté sur un arc de cercle complémentaire qu'il suffit de retourner pour pousser la mesure du champ visuel au delà de 90°.

En arrière du quart de cercle, et perpendiculairement au tube, un disque mobile sur lequel est tracé la direction des méridiens. Un fil à plomb assez lourd maintient ce disque en place pendant le mouvement de rotation de l'appareil.

Au delà du disque est un tube de gros calibre destiné à saisir l'instrument.

Pour rendre l'examen plus rapide, dans les cliniques très-fréquentées, le périmètre peut être fixé à un support se plaçant sur une table. Cet examen se pratique de la façon suivante : Le malade assis près d'une fenêtre, la tête droite, saisit l'instrument en arrière du disque mobile, applique l'extrémité antérieure du tube contre l'œil à examiner, l'autre œil restant formé, puis fixe constamment un pain à cacheter collé à la hauteur de l'œil, sur un mur bien éclairé.

L'examinateur, placé *derrière* le malade, pousse le cube d'ivoire d'*arrière en avant*, jusqu'à ce qu'il soit averti du moment où cet objet apparaît dans le champ de la vision, et mesure ainsi, successivement, l'étendue du champ visuel dans autant de méridiens qu'il le juge nécessaire.

En même temps, et sans interrompre l'examen, il trace sur une feuille de papier le schéma du champ visuel à l'aide du *schémographe* imaginé par M. le Dr Badal. Ce petit instrument se compose de deux plaques métalliques unies par une charnière et recevant entre elles un feuillet de papier plié en deux. La plaque inférieure est pleine ; au centre de la plaque supérieure est découpé un cercle sur le limbe duquel sont des divisions correspondant aux méridiens. En dedans de ce cercle tourne un demi-cercle plein de même diamètre, portant sur sa section des divisions représentant l'étendue du champ visuel dans chaque méridien.

Il suffit de retourner la feuille de papier pour tracer successivement et en regard l'un de l'autre, le schéma de l'œil droit, et celui de l'œil gauche.

Pessaire élastique en caoutchouc.

M. Verneuil présente de la part de M. Dumontpallier, un pessaire formé par un anneau de caoutchouc très-malléable qui s'introduit facilement dans le vagin et qui, une fois introduit, reprend immédiatement sa forme première, en vertu de son élasticité.

M. Lefort. Ce pessaire ressemble beaucoup à celui qui nous a été présenté par M. Gayral. J'ai eu l'occasion d'employer ce dernier dans un cas de prolapsus utérin et je dois dire qu'il m'a donné un résultat très-satisfaisant.

Présentation de pièces.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Polaillon. J'ai l'honneur de présenter à la Société une tumeur de l'ovaire que j'ai enlevée il y a 14 jours et qui m'a offert au point de vue du diagnostic des adhérences, d'assez grandes difficultés cliniques. En pratiquant le palper abdominal avant l'opération, j'avais constaté que la tumeur était à peu près impossible à déplacer et, de plus, j'avais perçu très-nettement ce frottement, ce *bruit de neige* indiqué par les auteurs comme signe caractéristique d'adhérences, aussi ai-je hésité quelque temps avant de me décider à tenter l'ovariotomie. Cependant, comme la malade était dans de bonnes conditions de santé et que la maladie faisait des progrès rapides, je crus devoir entreprendre l'opération.

Après avoir divisé la paroi abdominale antérieure, et alors que je m'attendais à trouver de nombreuses adhérences de la tumeur avec cette paroi, je constatai, au contraire, qn'il n'en existait aucune. Seulement, le kyste adhérait à l'épiploon sur une assez grande étendue. Je vins facilement à bout de cette difficulté et je ponctionnai la tumeur dont il s'écoula huit litres de liquide. Malgré réduction de volume déterminée par cet écoulement, je fus obligé de prolonger l'incision jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et j'eus beaucoup de peine à mobiliser la tumeur qui paraisait comme fixée à la colonne vertébrale, bien qu'il n'existât, en réalité, d'adhérences ni de ce côté, ni du côté du bassin. Le pédicule contenait 5 ou 6 artères du calibre de la radiale. La réunion s'est faite par première intention et la malade est aujourd'hui en voie de guérison.

Le kyste, réduit à sa partie solide, pèse 6 kilogrammes ; sa surface interne est parsemée de petites tumeurs kystiques renfermant,

les unes un liquide filant, les autres une matière graisseuse. Il contenait, en outre, des poils, des cheveux et une très-grande quantité de dents; sous ce rapport, il ne diffère en rien des autres kystes dermoïdes, aussi n'insisterai-je que sur le côté clinique de ma communication, c'est-à-dire sur la difficulté de diagnostiquer les adhérences des kystes de l'ovaire.

M. Terrier. Cette difficulté est bien loin d'être levée, car la sensation de frottement existe souvent avec des kystes libres de toute adhérence, tandis que certaines tumeurs parfaitement mobiles peuvent être unies aux circonvolutions intestinales par de larges surfaces.

M. Guéniot. M. Polaillon ne nous a pas dit pourquoi, malgré l'absence d'adhérences, il n'a pas pu mobiliser la tumeur.

M. Polaillon. C'est probablement à cause de son volume, car elle était comme enchâssée dans l'abdomen.

M. Duplay. La question du diagnostic clinique des adhérences est absolument irrésolue à l'heure qu'il est, et les signes donnés par les auteurs n'ont aucune valeur. Dans un cas où j'avais senti le frottement d'une façon manifeste, il n'existait aucune adhérence.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,

Paulet.

Séance du 6 octobre 1875.

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : *Les publications périodiques de la France et de l'étranger depuis le 11 août dernier.*

The clinical Thermoscope, par Edward Sequin, de New-York. — *Del' uso della correnti electrica nella cura di alcuna mallatie chirurgiche,* par le Dr Francesco Dichiara, de Palerme.— *Contribution à l'étude de l'encéphalocèle acquise,* par le Dr Lewis A. Lebeau.— *De l'anesthésie par les injections intra-veineuses de chloral,* par les Drs Deneffe et Van Wetter. — *L'article Clavicule du*

Dictionnaire encyclopédique, par M. Polaillon.— *Les Archives générales de médecine navale*. — *La Rivista médica de Guadalajara.*

La Société reçoit des lettres de remercîment de MM. Rouge, de Lausanne, et Corradi, de Pavie, nommés correspondants étrangers, de MM. Bowman, de Londres, et Rizzoli, de Pavie, nommés membres associés étrangers.

M. Dusseris, médecin des bureaux de bienfaisance, réclame contre les expressions « *sous prétexte d'humanité* », employées par M. Sée dans la discussion sur l'hygiène des hôpitaux; il pense que M. Sée a voulu dire : « dans un but d'humanité ». M. Sée ne fait aucune difficulté pour opérer cette substitution.

Le président fait part à la Société de la perte qu'elle vient d'éprouver dans la personne de M. le professeur Porta, de Pavie, membre associé étranger.

M. Perrin a reçu du docteur Thouvenin, de Vézelise (Meurthe), une observation dont il présente le résumé suivant:

Corps étranger métallique (un sou) retenu dans le pharynx et expulsé à l'aide d'efforts de vomissements combinés avec l'abaissement forcé de la langue.

Obs. — Le 29 juillet 1875, une enfant de 8 ans fut amenée à notre confrère dans le but d'extraire un sou que la jeune fillette avait avalé cinq heures auparavant.

La petite malade avait l'air très-inquiet; pourtant elle déclarait qu'elle ne souffrait pas beaucoup et qu'elle n'était même pas très-gênée. La respiration était naturelle, la voix n'était pas altérée et la déglutition des corps liquides restait facile.

L'enfant, interrogée sur le siége du corps étranger, indiquait invariablement avec le doigt la partie supérieure du cou.

La palpation externe, l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice de la glotte ne révélaient aucun obstacle ; une sonde flexible terminée par une petite olive fut aussi introduite jusque dans l'estomac, sans rencontrer le moindre obstacle.

C'était à faire douter de la réalité du fait de la pénétration du corps étranger ! Mais la petite malade était très-affirmative dans ses réponses et dans l'indication du siége de la douleur qu'elle ressentait.

Notre confrère, éclairé par les observations déjà publiées d'accidents semblables, et en particulier par celle de M. Guyon, qui figure dans nos bulletins, s'arrêta à la pensée que le corps étranger était retenu à la hauteur de l'isthme cricoïdien, disposé verticalement et comme plaqué contre la paroi antérieure du pharynx.

N'ayant à sa disposition aucune des ressources instrumentales que nous possédons, il eut l'ingénieuse idée de provoquer l'expulsion à

l'aide des efforts de vomissement combinés avec l'abaissement forcé de la langue.

Dans ce but, la tête de l'enfant fut inclinée en avant et l'indicateur droit introduit aussi profondément que possible dans l'arrière-gorge, de façon à provoquer des efforts de vomissement et à déprimer la base de la langue. L'attente ne fut pas longue, car dans le premier effort de vomissement, le sou fut déplacé et violemment expulsé, à la grande satisfaction, ajoute notre confrère, de la mère, de l'enfant et du médecin.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Desprès revient sur l'observation d'amputation de Chopart présentée par M. Guérin dans la dernière séance. Le résultat obtenu dans ce cas, exceptionnellement heureux, a été attribué à l'absence de suppuration des gaînes tendineuses et à la réunion immédiate qui a suivi l'opération. Mais il est à remarquer que dans d'autres cas, où la réunion par première intention a également réussi, il ne s'en est pas moins produit un renversement consécutif du pied. Il faut donc invoquer une autre condition pour expliquer le bon résultat obtenu par M. Guérin ; cette condition, c'est l'existence antérieure d'un pied plat chez son malade. Dans cette affection, les articulations du tarse sont le siége d'une fausse ankylose avec effacement de la voûte plantaire qui rend impossible le renversement du pied en arrière.

M. Trélat se rallie plutôt à l'opinion de M. Guérin, d'après laquelle l'absence de renversement du pied tient à ce que les gaînes tendineuses n'ont point suppuré. A l'appui de sa manière de voir, M. Trélat invoque deux faits qu'il a observés. En quoi, d'ailleurs, le défaut de voûte plantaire peut-il contribuer à maintenir le calcanéum horizontal ? C'est le tendon d'Achille, tiré en haut par la rétraction du triceps cural, qui produit le renversement. L'explication de M. Desprès repose sur une simple vue de l'esprit et non sur l'obervation. Pour établir solidement la véritable cause des différences qu'on observe dans les résultats de l'amputation de Chopart, il faudrait des statistiques qui n'ont point été dressées.

M. Desprès. On n'a point jusqu'ici recherché si les opérés étaient atteints de pied plat. Mais on peut avancer que ceux dont l'amputation a été provoquée par un traumatisme ont mal marché, tandis que toutes les fois que l'opération a été nécessitée par une lésion chronique, la marche a été satisfaisante. M. Trélat demande comment un pied plat peut empêcher le renversement ultérieur ? La réponse, c'est que dans cette affection le pied repose sur le sol par sa face interne; dès lors il n'a pas de tendance à se renverser.

M. Paulet partage l'opinion de M. Desprès. A ceux qui invoquent la suppuration des gaînes tendineuses, on peut répondre que le tendon d'Achille, cause du renversement, ne s'enflamme jamais à la suite de l'amputation de Chopart.

M. Trélat n'attribue point le renversement à la suppuration elle-même, mais à la longue durée du séjour au lit auquel elle condamne le malade ; pendant ce temps le pied prend une attitude vicieuse et le triceps se rétracte sans être envahi par la suppuration.

Lecture.

M. Gillette lit une *observation de luxation phalango-phalangettienne du gros orteil droit, de cause traumatique.*

Cette observation est renvoyée à la commission chargée de rendre compte des communications faites précédemment par M. Gillette.

Communication.

M. Terrier communique le fait suivant :

Plaie par arme à feu intéressant l'artère axillaire, le plexus brachial et probablement la veine axillaire gauche. — Anévrysme diffus de l'artère axillaire. — Ligature de la sous-clavière. — Amputation consécutive du bras. — Guérison.

Observation. — M. D..., 21 ans, voulut se tirer un coup de revolver dans la région cardiaque ; l'arme dévia et le projectile, perforant la paroi antérieure de l'aisselle gauche, vint se loger en arrière, près du bord externe de l'omoplate. Au moment de l'accident, le bras gauche fut violemment étendu, une hémorrhagie abondante se déclara, elle fut arrêtée par la compression de la plaie.

Le Dr Schweich, appelé auprès du blessé, constata une pâleur excessive et un état syncopal, du sang rutilant sortait en bavant par la plaie, le pouls radial était nul, les mouvements et la sensibilité du bras complétement abolis. La balle logée sous la peau de la paroi postérieure de l'aisselle, fut extraite facilement, le blessé fut couché et pansé à l'alcool. Le lendemain (14 février 1874), les choses n'avaient pas beaucoup changé, toutefois il y avait de l'œdème et les pulsations de la radiale reparaissaient faiblement. Des souffrances très-violentes dans tout le bras blessé, une fièvre intense avaient empêché le sommeil.

Je vis le blessé le 15 et le trouvai pâle et très-anxieux. La main et le bras gauche sont considérablement tuméfiés, la sensibilité est presque totalement abolie, sauf sur le trajet du nerf brachial cutané interne et des nerfs perforants intercostaux ; les douleurs sont très-vives et

s'irradient dans tout le membre, elles arrachent des cris au malade. Les mouvements sont nuls. La plaie d'entrée du projectile est obturée par des caillots noirs; en arrière, l'incision nécessitée pour extraire la balle commence à suppurer. L'artère radiale gauche présente de très-faibles battements; à droite, les pulsations sont plus fortes, on en compte 120 par minute. La région pectorale et la paroi antérieure de l'aisselle sont soulevées par un épanchement profond, mais on n'y perçoit ni battements, ni souffle.

On fut d'accord pour diagnostiquer une plaie de l'axillaire et des nerfs du plexus brachial. Comme l'hémorrhagie était absolument arrêtée, que le blessé avait une fièvre très-intense, qu'enfin on pouvait attendre sans grands inconvénients, on se décida pour l'expectation. Compression, immobilité, potions opiacées et au chloral.

Le 18, jour où je revis le blessé, la paralysie de la sensibilité et du mouvement persistait; les douleurs étaient un peu calmées, mais la paroi antérieure de l'aisselle offrait une tuméfaction plus accusée, enfin on y constatait de l'expansion et un souffle intermittent: il y avait donc un anévrysme diffus de l'artère axillaire.

Le blessé fut transporté chez ses parents, le 20 février, et le 22 je le vis avec M. le professeur Le Fort. L'état général et l'état local restaient les mêmes, les signes de l'anévrysme étaient évidents, le malade, très-affaissé, souffrait toujours beaucoup et avait une fièvre intense.

En présence de la lésion artérielle et nerveuse, vu l'œdème persistant du membre, faisant penser à une plaie de la veine axillaire, on pouvait proposer la désarticulation du bras. Cette opération fut écartée, au moins momentanément : 1° parce que le blessé, très-anémié, aurait difficilement supporté une opération faite en plein sac anévrysmal et devant entraîner une perte de sang assez notable; 2° parce qu'il n'y avait aucune menace immédiate ni même prochaine d'hémorrhagie, la plaie d'entrée du projectile étant très-étroite et obturée par un caillot résistant; enfin 3° parce qu'il n'y avait pas de sphacèle du membre, ni même menace de sphacèle, la circulation collatérale paraissant rétablie, au moins en partie.

La ligature directe, avec ouverture du sac ne fut pas proposée, l'état général du malade ne permettant pas d'y penser.

Restait la ligature de l'axillaire ou celle de la sous-clavière. Les résultats fournis par la première opération (2 succès sur 10 cas relevés par le professeur Le Fort) firent pencher en faveur de la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes. Elle était indiquée s'il survenait des hémorrhagies secondaires précoces, car, sur 17 ligatures faites dans ces circonstances, il y eut 12 guérisons (L. Le Fort); enfin elle était encore indiquée pour traiter l'anévrysme diffus, puisque, faite 9 fois, elle donna 3 guérisons, tandis que la ligature de l'axillaire n'a donné que 2 guérisons sur 6 (L. Le Fort).

On se décida donc pour la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes ; mais, tenant compte de l'état général d'affaissement du malade, de l'état local très-satisfaisant et ne faisant craindre ni hémorrhagie, au moins immédiate, ni inflammation, ni gangrène ; enfin espérant, sans trop y compter, un arrêt dans le développement de l'anévrysme, on tint le malade en observation, prêt à agir au moindre danger.

Les derniers jours de février ne furent marqués par rien de bien intéressant à noter ; les douleurs sont toujours vives, il y a de la fièvre, des douleurs articulaires (M. D... avait eu un rhumatisme articulaire aigu en 1871). Toutefois le blessé mange un peu mieux, son moral est meilleur, il ne se doute pas de la gravité de son état. Pendant la nuit du 1er mars, M. D... perçoit dans son épaule une sensation de déchirure suivie d'engourdissement ; le sac a poussé un diverticule sous le deltoïde, qui est soulevé par un épanchement fluctuant ; en même temps un cordon dur et douloureux est apparu à la face interne du bras, dans la gaîne des vaisseaux, il résulte aussi du sang qui a fusé de ce côté. Les battements sont profonds et difficiles à percevoir, le souffle toujours intense.

Le 3 mars, apparition d'une petite tumeur fluctuante, douloureuse, rouge, en avant du sac anévrysmal ; cette tumeur n'offre ni battements, ni souffle. Je crus à un abcès, et une ponction exploratrice me permit d'en retirer 30 ou 40 grammes de sang offrant l'aspect de la gelée de groseille. La piqûre, faite par l'aiguille n° 1 (Dieulafoy), se cicatrisa très-vite et sans accidents.

Jusque vers le 8 mars, état local et général stationnaire ; le 9, les battements de l'anévrysme ont diminué, le souffle est bien moins intense, enfin la radiale ne bat plus. La poche anévrysmale tend à s'accroître du côté du creux de l'aisselle. L'état général est peu satisfaisant : faiblesse, fièvre, sueurs abondantes, douleurs vives, surtout la nuit.

Le 12, la tuméfaction axillaire augmente brusquement, d'après le dire du malade.

Jusqu'au 26, l'état local et l'état général ont peu changé ; toutefois on peut noter un accroissement marqué de la tumeur sanguine du côté du creux axillaire, qui offre des fissures cutanées donnant lieu à un écoulement séro-purulent, et aussi du côté de l'épaule. Au niveau de l'épitrochlée s'est développée depuis quelques jours une petite escharre résultant de la pression du bras sur les parties voisines.

Le 27, issue de sérosité colorée de sang noir par les fissures axillaires ; le souffle et les battements diminuent et cessent même les 30 et 31 mars. Le malade, qui souffrait beaucoup, prit 8 grammes de chloral, ce qui détermina des phénomènes d'intoxication : somnolence, rêvasseries, vomissements et coliques.

Le 1er avril, la tumeur semble s'enflammer, les douleurs sont vives, le souffle et les battements sont revenus.

Le lendemain, après une nouvelle consultation avec M. le professeur

Le Fort, on ouvre largement la tumeur dans l'aisselle, croyant y trouver du pus; mais il ne s'écoule de l'incision que de la sérosité sanguinolente et du sang noir en caillots diffluents. La ligature de la sous-clavière est décidée pour le lendemain.

Le 3, hémorrhagie vers une heure du matin, par l'ouverture faite la veille ; une compression arrête facilement le sang.

A 7 heures 1/2, j'arrivai près du malade, qui paraît avoir perdu une certaine quantité de sang; la ligature fut résolue aussitôt. Cette opération fut pratiquée vers 9 heures avec l'aide du professeur Le Fort et du Dr Barret ; le malade fut anesthésié.

Incision de la peau parallèlement à la clavicule, à la base du triangle sus-claviculaire, incision directe du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle, sans rencontrer de vaisseaux; les tissus sous-jacents furent déchirés avec la sonde cannelée, ce qui donna du sang; on dut tordre une artériole.

Les nerfs du plexus brachial, mis à découvert à leur partie interne, formaient un faisceau induré, impossible à dévier en dehors. En dedans, le scalène antérieur et son tubercule furent facilement reconnus, et cependant on ne voyait ni ne sentait les battements artériels. Les nerfs repoussés en dehors, je pus voir quelques battements profonds, puis se présentèrent des lobules de graisse et un ganglion lymphatique, qui furent excisés ; enfin, je pus nettement sentir et voir l'artère sous-clavière. Son isolement fut pénible en dehors, vu l'induration des tissus aux environs des nerfs ; un fil fut passé sous l'artère, et M. le professeur Le Fort serra la ligature, ce qui donna lieu à une vive douleur, la dénudation du vaisseau étant insuffisante.

La plaie, longue de 7 à 8 centimètres, avait près de 6 centimètres de profondeur. L'opération avait duré un peu plus d'une demi-heure, la perte de sang avait été minime ; toutefois le patient avait perdu une certaine quantité de sang par l'ouverture faite dans l'aisselle. La ligature serrée, le souffle et les battements disparurent, et le bras prit une teinte violacée ; il n'y eut pas de refroidissement sensible au toucher.

Le soir, le malade est mieux, il a pu dormir et n'a eu que quelques nausées.

Le 4, nuit calme, sans souffrances, soif vive, pouls à 110. Le bras n'est pas refroidi, l'ouverture axillaire a laissé écouler une sérosité putride; on remet au lendemain l'évacuation du foyer sanguin.

Le 5, nuit calme, fièvre; pouls à 120. Ouverture de la collection sanguine depuis l'orifice d'entrée de la balle jusqu'à l'incision faite dans le creux axillaire ; cette ouverture a 9 à 10 centimètres d'étendue. A l'aide des doigts on évacue les caillots remplissant l'aisselle et on voit alors que l'anévrysme diffus s'était développé dans trois directions : en dehors, sous le deltoïde, en dedans, sous le grand pectoral, et en arrière, entre le sous-scapulaire et le grand dentelé. Au milieu de cette poche sont les nerfs axillaires. Injections détersives et antiseptiques.

Les 6, 7 et 8, la plaie de la ligature est toujours pansée à l'eau alcoolisée et n'offre rien à noter; elle prend un bon aspect. Les injections détersives chassent des caillots putréfiés et des lambeaux celluleux, la

fièvre tombe un peu. Apparition d'une plaque de gangrène à la partie interne du bras.

Le 9, le malade va mieux. Depuis la ligature il expectore fréquemment du mucus venant des fosses nasales, ce qui provoque des efforts incessants. Lors du pansement de la plaie de la ligature, il suinte des parties profondes un peu de sang rutilant. Craignant une hémorrhagie, je place une rondelle d'amadou sur la solution de continuité et j'établis une légère compression. On continue les injections détersives dans l'aisselle.

Le 10 au matin, pas de sang par la plaie du cou; injections. A 7 heures du soir, hémorrhagie instantanée, évaluée à un demi-litre de sang, par la plaie de la ligature. Quand j'arrive près du blessé, je le trouve exsangue, sans pouls et couvert d'une sueur froide ; l'hémorrhagie est arrêtée.

Pansement avec l'amadou, compression énergique, boissons glacées, champagne.

Le 11, le pouls s'est relevé (130), l'hémorrhagie n'a pas reparu ; on rétablit la compression et, dans l'après-midi, on peut changer le malade.

A 5 heures, nouvelle hémorrhagie, arrêtée aussitôt par la compression digitale faite sur le pansement compressif. La plaie de la ligature est nettoyée et je pratique un autre pansement avec des rondelles d'amadou imbibées de perchlorure de fer. Enfin, on établit une compression digitale incessante sur le pansement à l'amadou.

Le 12, pouls à 120, un peu de sommeil, faiblesse extrême. Rien n'a bougé du côté de la ligature, la compression est continuée, la plaie axillaire est bourrée de charpie imbibée d'alcool phéniqué. Le sphacèle du bras s'est étendu, l'escharre du coude a aussi augmenté; enfin, des plaques gangréneuses se montrent au petit doigt et à la paume de main.

Le 13, on cesse la compression sur le pansement de la plaie.

Le 14, l'état général est très-mauvais, la respiration est anxieuse, douleurs vives dans tout le côté gauche du thorax. Les diverses plaques de gangrène n'augmentent pas, celle du coude pénètre jusqu'à l'épitrochlée.

Les 15, 16 et 17, amélioration de l'état général, le malade s'alimente, les plaies suppurent. Le 17, à 3 heures 1/2 du soir, chute spontanée du fil à ligature.

Du 18 au 24, amélioration constante de l'état général. Les injections détersives font sortir des caillots stratifiés, la suppuration est louable, les escharres s'entourent d'un cercle inflammatoire d'élimination, sauf celle du coude. A la partie inférieure de la plaie du cou, on constate une dénudation de la clavicule dans une étendue d'un centimètre et demi, ce qui résulte très-probablement de la compression digitale exercée pendant deux jours. L'os dénudé est noir et entouré de bourgeons charnus fongueux.

Le 25, l'état général est très-amélioré, la plaie de la ligature est tuméfiée, douloureuse, ce qui tient à la rétention du pus dans les parties profondes. J'y place un petit bout de tube à drainage.

Du 26 jusqu'au 8 mai l'amélioration continue, le malade se nourrit bien, les plaies ont très-bon aspect et suppurent franchement. Une thrombose de la saphène interne gauche se développe (le malade a des veines variqueuses). Depuis quelques jours, des douleurs névralgiques très-vives se font sentir dans tout le membre, principalement sur le trajet du cubital: il est évident que la cicatrisation des parties tiraille les nerfs sectionnés.

A partir du 10 mai, le malade se lève, la plaie de la ligature serait guérie s'il n'y avait une portion d'os à éliminer. Les décollements du côté du bras, du thorax et de l'épaule, sont tout à fait comblés. Les escharres du bras sont en voie d'élimination. Ajoutons que le membre thoracique gauche, absolument inerte et insensible, notablement œdématié, gêne beaucoup le malade par son poids considérable.

Le 24 mai, l'élimination de l'escharre du coude a ouvert l'articulation du coude, d'où l'apparition de phénomènes généraux fébriles. Il est curieux de noter que les phénomènes locaux sont absolument nuls, ce qui tient très-probablement à l'état d'anesthésie du membre.

Les accidents généraux s'accentuant, le 27, après une consultation avec le professeur Le Fort, on décide l'amputation de ce membre inutile, dont le malade désire vivement être débarrassé.

L'amputation fut faite le 29, au 1/3 inférieur du bras, suivant le procédé de Teale, en utilisant autant que possible la peau restée saine, par conséquent en taillant un grand lambeau externe. J'employai la bande d'Esmarch et l'opéré ne perdit qu'une cuillerée à bouche de sang.

L'artère humérale fut liée et plus de trente ligatures furent faites sur les petites artérioles musculaires et inter-musculaires, toutes très-dilatées, ce qui s'explique par le développement considérable de la circulation collatérale.

Dans la journée, je fus obligé de faire trois nouvelles ligatures et de toucher les lambeaux avec une solution de perchlorure de fer étendue d'eau, pour arrêter tout à fait l'écoulement sanguin.

Pansement simple à l'alcool.

Les suites de cette opération furent des plus simples, et, le 4 juin, le malade put se lever. Le 10, chute du fil à ligature de l'artère humérale.

Le 11 juin, l'os sectionné commence à bourgeonner, sauf en un point, qui paraît nécrosé, probablement sous l'influence du perchlorure de fer.

Le 20 juin, on constate une tuméfaction notable du moignon et de l'humérus, il y a évidemment de l'ostéo-myélite, qui donne lieu à quelques douleurs.

Le 25, tout le moignon est recouvert de bourgeons charnus, sauf en un petit point correspondant à la partie nécrosée de l'os. La partie dénudée du bras, qui a servi à former le petit lambeau interne et postérieur, est couverte de greffes épidermiques qui prennent toutes très-facilement. Il reste toujours un trajet fistuleux dans l'aisselle. Une sonde y pénètre jusqu'à 6 centimètres environ.

Un mois après, 27 juillet, apparition d'un petit abcès au niveau de l'ori-

fice d'entrée de la balle. Cet abcès est ouvert et le liquide des injections faites dans la fistule axillaire reflue jusqu'à l'ouverture nouvellement faite. La cicatrisation du bras est très-avancée.

10 août. L'esquille de l'humérus est tombée depuis deux jours et la cicatrice de l'amputation est complète. La fistule axillaire et son diverticule persistent.

Le 17, M. D... part pour la campagne en pleine voie de guérison.

Ce n'est que vers la fin de l'année que la fistule axillaire s'est tout à fait cicatrisée et, sauf quelques vives douleurs dans son bras, M. D... jouissait alors d'une excellente santé.

Réflexions. — Les plaies d'armes à feu intéressant à la fois les vaisseaux et les nerfs axillaires sont assez rares ; mais ce qui est curieux ici, ce sont les lésions si graves produites par un projectile cylindro-conique, long de 12 millimètres et ayant 9 millimètres de diamètre. D'un autre côté, nous ferons remarquer la rapidité du développement de l'anévrysme, ses poussées successives dans les interstices musculaires, enfin les violentes douleurs qu'il déterminait. Deux fois nous avons cru à la suppuration d'une partie ou de toute la tumeur, et deux fois nous nous sommes trompés ; c'es d'ailleurs un fait assez fréquent et signalé depuis longtemps. Nous rappellerons qu'au milieu de la masse énorme de caillots fibrino-globulaires nous avons rencontré un assez grand nombre de caillots stratifiés en voie de formation, ce qui contredit quelque peu la théorie de O. Bryen Bellingham. Notons enfin la difficulté à trouver l'artère, à cause de l'inflammation des nerfs voisins et les hémorrhagies secondaires survenues au septième et au huitième jour, heureusement arrêtées par la compression digitale faite sur la plaie.

La guérison n'a été obtenue qu'en sacrifiant le bras; nous avons retardé autant que possible cette opération, espérant y voir revenir une certaine sensibilité et peut-être des mouvements. Aujourd'hui le moignon est sensible dans presque toute son étendue, mais les muscles, et même ceux de l'épaule, sont tout à fait atrophiés.

Discussion.

M. Ledentu. La douleur subite éprouvée par le malade au moment où le fil a été serré est attribué par M. Terrier à la constriction d'un filet nerveux compris dans la ligature. J'ai observé cette même douleur dans un cas de ligature de la fémorale : le malade étant très-affaibli, j'avais refusé de donner du chloroforme ; quand je serrai la ligature, il poussa des cris violents, et cependant la dénudation du vaisseau avait été faite avec beaucoup de soin, et à

l'autopsie je ne trouvai aucun filet nerveux dans l'anse du fil. M. Vulpian, à qui je demandai l'explication de ces douleurs, me dit qu'il avait constaté le même fait dans ses expériences et qu'il fallait l'attribuer à l'anémie subite déterminée par la ligature.

M. Lannelongue. La conduite des chirurgiens dans le cas communiqué par M. Terrier est en opposition avec le principe posé récemment par la Société de chirurgie, en vertu duquel il faut, dans un cas de lésion artérielle, intervenir immédiatement, quelles que soient les conditions où l'on trouve le blessé. Or, il résulte des recherches faites par M. Polaillon sur les lésions des vaisseaux de moyen calibre et de celles que j'ai faites moi-même sur les plaies des grosses artères, que fréquemment on a pu s'abstenir sans qu'il soit survenu aucun accident consécutif, et que d'autres fois il s'est développé seulement un petit anévrysme qui est resté stationnaire et n'a exigé aucune opération. Quand le sang a cessé de couler, beaucoup de chirurgiens hésitent à rechercher les deux bouts du vaisseau pour en faire la ligature, et les faits montrent qu'on n'a pas eu toujours à se repentir de s'être abstenu. Le précepte donné lors de la dernière discussion n'est donc pas absolu : il y a des considérations secondaires dont il faut tenir compte et qui parfois pourront retenir la main du chirurgien.

M. Duplay. J'ai observé, au commencement de cette année, un fait analogue à celui de M. Terrier. Un homme avait reçu un coup de couteau dans l'aisselle, à travers la paroi antérieure de cette cavité. Quand je vis le blessé, 15 jours à 3 semaines après l'accident, il n'y avait eu qu'un très-léger écoulement sanguin. Mais la région avait pris un volume énorme ; elle était le siége de battements et de douleurs atroces, qui ne laissaient pas le moindre repos au malade. Je conseillai la ligature de la sous-clavière. Bien que le vaisseau fut situé très-profondément, l'opération n'offrit pas de grandes difficultés. Non plus que M. Terrier, je ne pus sentir les pulsations de l'artère, mais je les vis parfaitement au fond de la plaie.

Les suites de l'opération furent d'abord très-simples : le gonflement diminua rapidement, les douleurs cessèrent, ainsi que les battements. Mais le cinquième jour, il survint une hémorrhagie, suivie bientôt de plusieurs autres et le malade mourut.

M. Lucas-Championnière. Dans les cas d'anévrysme traités par la compression digitale, il se produit également de violentes douleurs au moment où les battements cessent dans la tumeur. Ce fait confirme l'explication donnée par M. Vulpian.

M. Perrin. Les deux observations qui viennent de nous être

communiquées, prouvent le danger de l'abstention dans les cas de plaie artérielle. Quant à la douleur déterminée par la constriction, du fil, elle ne peut dépendre que de la compression d'un nerf. Ordinairement cette constriction est indolente ; si exceptionnellement elle est douloureuse, cela ne peut tenir qu'à une cause exceptionnelle, c'est-à-dire à la ligature d'un filet nerveux. Si la douleur était causée par l'anémie, elle devrait se montrer dans tous les cas de ligature artérielle.

M. Giraldès. L'observation de M. Terrier est une réponse catégorique aux arguments de M. Lannelongue.

M. Trélat est du même avis que MM. Perrin et Giraldès. Les faits prouvent que jamais l'abstention n'a offert d'avantage. Toutes les fois que la ligature est possible, il faut la pratiquer. Mais il est des circonstances où elle n'est pas exécutable. Pour ce qui est de la douleur dont il a été question, M. Trélat se rappelle l'avoir vue se produire également pendant qu'on exerçait la compression digitale ; elle est un signe que la coagulation se fait dans le vaisseau. Mais il est difficile d'en donner l'explication.

M. Lannelongue. Sans me faire le champion de l'abstention dans le cas de plaie d'artère, je soutiens qu'il y a des circonstances dans lesquelles on peut s'écarter des règles habituelles.

M. Tillaux. Si l'on avait reconnu dès le principe, dans le cas de M. Terrier, la lésion du plexus brachial, l'indication formelle eût été d'amputer immédiatement le membre. Contrairement à l'opinion de M. Le Fort, la ligature de l'axillaire sous la clavicule me paraît préférable, théoriquement du moins, à celle de la sous-clavière en dehors des scalènes, puisqu'elle s'éloigne davantage des grosses collatérales.

M. Duplay. Je crois, comme M. Tillaux, qu'il eût fallu faire immédiatement le sacrifice du membre si l'on avait reconnu que la section des nerfs de l'aisselle accompagnait celle de l'artère. La douleur provoquée par la coagulation du sang me paraît s'expliquer très bien par le contact des caillots avec la membrane interne du vaisseau.

M. Perrin. Je ne puis que répéter que la ligature doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est praticable. Si elle est impossible, on agira comme on pourra. Dans le cas de M. Terrier, mon avis est qu'elle pouvait être faite.

M. Paulet. Chez le malade de M. Terrier, la lésion des nerfs était loin d'être certaine. Il pouvait n'y avoir qu'une simple con-

tusion. Dans un cas analogue qui s'est présenté à mon observation, le blessé, qui avait reçu deux coups de revolver dans l'aisselle, présentait également une paralysie du membre supérieur; mais quelques jours après l'accident, la sensibilité était revenue, et la guérison eut lieu. Si, chez ce malade, l'artère axillaire avait été ouverte, aurait-il fallu faire la désarticulation du bras ? Non, il eût été convenable de voir d'abord si la paralysie persisterait.

M. Terrier. Je n'ai pas la prétention de donner en exemple la conduite que j'ai tenue dans cette circonstance, et moi-même je n'agirai pas toujours de même. Si pareil fait se présentait à moi aujourd'hui, je ferais la ligature des deux bouts. Je n'ai pas pratiqué 'amputation immédiate, que proposait M. Le Fort, parce que je croyais à une contusion simple des nerfs et que le malade était très-anémié.

Quant à l'explication de la douleur provoquée par la constriction de la ligature, je ne pense pas qu'on puisse invoquer l'anémie subite qu'elle détermine ; les embolies, au moment où elles se produisent, s'accompagnent également de vives douleurs. Chez mon malade, du reste, les collatérales étaient suffisantes pour assurer la vitalité du membre, et je n'observai aucun changement de coloration au moment où je serrai le fil. La dénudation incomplète du vaisseau me paraît donc devoir être seule mise en cause.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

Remarques sur le travail de M. le professeur Saxtorph, par M. Verneuil.

(Voir p. 507.)

Messieurs,

Simple intermédiaire entre M. Saxtorph et votre Compagnie, je ne ferai pas de rapport, à proprement parler, sur les faits précédents, mais je me permettrai cependant d'appeler votre attention sur quelques-uns d'entre eux.

Je féliciterai d'abord notre confrère de la belle série de ses succès dans la trachéotomie, cette opération si utile dans la diphtérite et qui, grâce aux efforts des praticiens français, a fini par se naturaliser partout à l'étranger. Je signalerai encore en passant cette guérison d'une pyohémie confirmée, née à la suite d'un simple panaris. Les faits de ce genre ne sont point très-rares et on en trouve plusieurs dans les Bulletins de la Société anatomique de ces der-

nières années. J'en ai moi-même recueilli un bel exemple : le patient a guéri après avoir eu successivement trois abcès volumineux ; l'un dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, l'autre dans la fosse iliaque interne, le troisième, enfin, dans l'atmosphère celluleuse du rein. La cure a duré plusieurs mois.

Mais je veux m'arrêter plus particulièrement sur deux points : 1° *sur le pansement des plaies récentes ;* 2° *sur les résultats des grandes opérations sur les scrofuleux.*

Du pansement des plaies récentes. — Cette question, aussi vieille que la chirurgie et cependant toujours neuve, agite plus que jamais, à notre époque, le monde savant. De tous côtés on cherche, on invente, on propose, on applique et on explique ; les uns restant sur le terrain pratique, les autres s'efforçant de trouver la meilleure théorie du traitement local des plaies. Certes, ce grand mouvement n'est pas près de s'arrêter, et la clôture des débats n'est pas proche. Mais à aucune époque la recherche n'a été aussi active et surtout n'a puisé ses renseignements à d'aussi nombreuses sources ; en effet, ce n'est plus seulement le clinicien qui expérimente, le physicien, le chimiste, l'hygiéniste, le physiologiste dans son laboratoire, l'anatomiste avec son scalpel et son microscope, le statisticien avec ses chiffres, l'érudit avec ses livres, quiconque enfin travaille indirectement ou directement à la science médicale, apporte son contingent au progrès de cette immense question.

Ce qu'il importe surtout de reconnaître à la gloire de notre période, c'est que nous sommes en possession d'une doctrine sinon irréprochable et parachevée, au moins assez avancée pour guider sûrement nos pas dans cette voie difficile. En apparence, les méthodes sont dissemblables, les procédés exclusifs, les assertions contradictoires, et la plus grande confusion règne partout. En réalité, le but est le même, bien qu'on s'y dirige par les chemins les plus divers.

La doctrine en question peut se résumer en un petit nombre de propositions courtes et claires : 1° les lésions traumatiques comptent parmi leurs caractères fondamentaux la tendance naturelle à la guérison spontanée ; en d'autres termes, leur pronostic est favorable.

2° Cette tendance, toutefois, peut être entravée, contrariée, détruite par des accidents ayant trois origines distinctes : la blessure elle-même, la constitution du blessé, le milieu ambiant.

3° Ces accidents, si variés qu'ils soient, ont le funeste pouvoir de métamorphoser le blessé en un malade, c'est-à-dire d'étendre à l'économie tout entière le désordre primitivement circonscrit au point lésé. Cette métamorphose survient d'autant plus aisément que le blessé présente, au préalable, un état général moins bon, et

qu'il vit dans un milieu moins pur ; mais dans l'immense majorité des cas, elle part de la blessure elle-même, porte ouverte aux influences délétères du dehors ou foyer primitif où s'élabore l'agent de la métamorphose.

4° L'état morbide dans lequel se trouve le sujet métamorphosé présente la plus grande analogie avec les empoisonnements ; ce qui revient à dire que l'agent de la métamorphose, d'où qu'il provienne, doit être rangé sans hésitation dans la classe des toxiques.

Les indications thérapeutiques découlent naturellement de ce qui précède, et l'on peut dire que si elles sont parfois impossibles ou du moins difficiles à remplir en pratique, elles sont, en théorie, d'une extrême simplicité.

Il s'agit, en effet, de ramener à la normale la santé antérieurement altérée, — de placer le sujet dans un milieu aussi pur que possible. — Enfin, étant connue la nature toxique des accidents, d'empêcher à tout prix le foyer traumatique de produire, de recevoir, et d'absorber le poison.

Les deux premières indications sont souvent d'autant plus malaisées à satisfaire que nous sommes obligés de prendre les blessés dans l'état organique où ils se trouvent, et de les soigner dans le milieu délétère qui les entoure sans avoir ni le temps, ni le pouvoir de modifier ces conditions mauvaises. En revanche, nous sommes mieux armés pour prévenir ou combattre le développement des accidents au foyer même de la blessure, et c'est par les pansements que nous y parvenons. Sur ce terrain, du moins, nous sommes maîtres et nous pouvons faire beaucoup de bien.

Il nous faut d'autant plus étudier et perfectionner la thérapeutique locale des plaies récentes que, dans nos grands centres du moins, nous ne pouvons pas compter de longtemps sur des milieux tant soit peu favorables à nos blessés. Malgré nos réclamations incessantes et nos protestations vives, l'édilité continue et continuera sans doute longtemps encore à nous livrer de grands hôpitaux avec de grandes salles, c'est-à-dire des foyers d'encombrement dont l'atmosphère est toujours plus ou moins infectée.

De plus, nous aurons toujours à soigner en cas de blessures ou à opérer des sujets diathésiques : des scrofuleux, des dipsomanes, des patients en proie à la fièvre traumatique, à la septicémie ; en un mot des blessés déjà métamorphosés en malades ou très-disposés à subir la métamorphose en question.

Or, l'expérience démontre dès à présent que tel ou tel mode de pansement qui favorise particulièrement le travail réparateur local, ou écarte de lui les causes perturbatrices, parvient, dans une certaine mesure, à conjurer les dangers provenant d'un état constitutionnel mauvais et d'un milieu notablement impur.

La doctrine septicémique, très-froidement accueillie parmi nous lorsqu'elle fut formulée dans ces dernières années, gagne tous les jours du terrain et fait de nouveaux prosélytes; aussi faut-il espérer qu'elle triomphera bientôt et deviendra article de foi pour la généralité des cliniciens.

Les quelques remarques que je veux vous soumettre sur le *pronostic des opérations chez les scrofuleux* me sont suggérées par cette observation de M. Saxtorph, dans laquelle un jeune sujet subit quatre grandes opérations successives opposées à des manifestations opiniâtres de la scrofule.

Ce fait confirme sans doute la donnée vulgaire que les scrofuleux supportent bien les opérations chirurgicales, mais il démontre non moins évidemment l'impuissance du traitement local même très-énergique, contre la diathèse scrofuleuse elle-même. Il prouve, en d'autres termes, que le couteau supprime aisément les lésions, mais ne modifie guère la maladie constitutionnelle.

Nos maîtres se sont fait de singulières illusions en proclamant l'excellence des résultats opératoires chez les scrofuleux, et en considérant les opérations qu'ils subissent comme heureuses, par le seul fait qu'elles n'entraînent pas la mort rapide. A la vérité, chez les diathésiques en question, les grands accidents traumatiques sont rares ; on observe bien quelques poussées d'érysipèle ou de lymphangite, mais très-exceptionnellement la septicémie grave, les phlegmons diffus, les inflammations gangréneuses et la pyohémie. Les scrofuleux sans contredit résistent bien au choc opératoire et ne succombent guère dans les deux ou trois premiers septénaires, mais en revanche, la période du danger est infiniment plus durable et le dénouement final beaucoup plus longtemps douteux.

L'opération, j'en conviens encore, amène de coutume, outre le soulagement local, une amélioration sensible dans l'état général et une réparation des forces qui simule ou fait espérer un retour complet à la santé, mais il suffit de suivre les opérés pendant un certain temps pour s'assurer qu'il ne s'agit trop souvent que d'une trêve et non d'une victoire définitive.

La statistique opératoire, telle qu'on la dresse d'ordinaire, se fait complice de l'erreur. Je lui reproche de ne pas faire une classe à part des cas nombreux où l'opération ne sait ni tuer ni guérir, — d'enregistrer comme succès les cas où la plaie opératoire se cicatrise d'abord pour se rouvrir plus tard, soit spontanément, soit lorsque le fonctionnement est imposé au membre mutilé — enfin, de ne pas observer les opérés assez longtemps pour savoir s'ils sont simplement débarrassés d'une lésion locale ou réellement rendus à la santé.

Pour éclairer ce point de pratique, il faut poser et résoudre les deux questions suivantes :

1° *Quelle influence exerce la scrofule sur la marche des lésions chirurgicales ?*

2° *Réciproquement, quelle influence les lésions chirurgicales exercent-elles sur la marche de la scrofule ?*

Ce n'est pas d'aujourd'hui, Messieurs que ces problèmes me préoccupent. Il y a quelque trente ans, en 1846, je rédigeai pour le concours des prix de l'internat un mémoire resté inédit renfermant des faits assez nombreux d'amputations partielles ou d'extirpations d'os cariés du pied et de la main, pratiquées chez des scrofuleux. J'y notais les cicatrisations imparfaites ou indéfiniment ajournées, les récidives plus ou moins prochaines dans les os voisins, la nécessité fréquente d'opérations successives.

De plus en plus convaincu par l'observation clinique ultérieure de l'inutilité ordinaire de ces mutilations partielles, je les décrivais plus tard dans mes cours de médecine opératoire à l'école pratique, mais j'avais bien soin d'ajouter qu'elles ne devaient guère servir aux scrofuleux chez lesquels on avait tort de les pratiquer au nom d'une chirurgie conservatrice mal entendue.

Lorsque les resections articulaires revinrent à l'ordre du jour en France, je les accueillis avec faveur et je préconisai même celle de la hanche et du genou ; mais je vis bientôt que ces opérations, recommandables dans les cas traumatiques et contre certaines arthrites d'origine accidentelle ou rhumatismale, donnaient de médiocres résultats chez les sujets scrofuleux ; et, pour appuyer cette opinion, je dirai qu'appelé à voir depuis une dizaine d'années un très-grand nombre d'affections articulaires graves du genou et de la hanche, je n'ai pas encore rencontré un cas où les résections correspondantes aient été nettement et formellement indiquées.

En 1868, j'inspirai et je présidai la thèse de M. le Dr Eonnet, dans laquelle il est démontré par des faits que les amputations chez les scrofuleux ne sont pas dépourvues de gravité immédiate, qu'elles entraînent aussi la mort tardive, qu'en bien des cas, enfin, elles ne guérissent qu'avec une extrême lenteur. C'est donc après mûres réflexions et longue expérience que je m'élève contre les opinions classiques.

Mais revenons aux questions posées plus haut.

La marche des lésions chirurgicales chez les scrofuleux varie suivant de nombreuses circonstances ; j'en examinerai seulement quelques-unes.

Age des malades. — C'est dans la seconde enfance, l'adolescence et la jeunesse, qu'on les opère le plus souvent; il est donc assez na-

turel qu'on observe rarement chez eux les grands accidents traumatiques qui, toutes choses égales d'ailleurs, ne sévissent d'ordinaire qu'à l'âge adulte et plus tard.

C'est là une cause d'innocuité qui dépend moins de l'état constitutionnel que de la période de la vie et qu'on ne retrouve plus chez les scrofuleux opérés après la quarantaine.

Siége de la lésion ; nature des tissus lésés. — Les opérations donnant lieu à des plaies superficielles (extirpation de ganglions, castration) ou peu étendues et sans anfractuosités (amputations, désarticulations) marchent généralement bien, à la condition toutefois que la cicatrisation puisse se faire assez rapidement, car si les plaies sont anfractueuses, si le pus y séjourne (comme dans les résections ou les extirpations d'os isolés), les choses se passent souvent à l'inverse.

Tout d'abord, les premières phases du travail réparateur s'accomplissent à souhait, les plaies se détergent et se couvrent d'une couche granuleuse abondante, luxuriante même ; le pus est bien lié, crémeux, louable. Mais au bout de quelques semaines, tout se ralentit, la rétraction inodulaire, l'atrophie des bourgeons, l'épidermisation languissent ; les points déjà réunis se disjoignent, les bords soudés se décollent, çà et là apparaissent des fistules rebelles laissant suinter un pus pauvre en éléments solides. Bref, la tâche bien commencée ne s'achève qu'avec peine ou ne se termine pas du tout.

Durée de la lésion qui provoque l'opération. — Le scrofuleux amputé pour une lésion récente, un écrasement de membre, par exemple, une tumeur blanche des parties molles n'ayant que peu ou pas suppuré, guérira aussi bien, je crois, que tout autre sujet des plus favorisés.

Mais il ne faut point compter sur une pareille bénignité s'il s'agit de ces ostéo-arthrites anciennes ayant résisté à de nombreux traitements, condamné les patients à un repos forcé, amené une anémie profonde et spolié l'économie par une suppuration de longue date. Dans ces cas, l'organisme épuisé réagit mal et ne fait qu'à grand' peine les frais de la réparation.

État des viscères. — C'est évidemment sous ce rapport que les scrofuleux présentent les différences les plus notables et les résistances les plus variables au choc opératoire.

Tant que la scrofule ne sévit que sur la peau, les muqueuses, les ganglions lymphatiques superficiels et même les extrémités osseuses périphériques encore recouvertes par le tégument intact, le pronostic opératoire est passable; il n'en est plus ainsi quand les grands viscères sont affectés ; on sait déjà que la phthisie constitue une contre-indication formelle aux grands actes chirurgicaux.

Mais à un degré même peu avancé la tuberculisation pulmonaire entrave singulièrement ainsi le travail réparateur : il suffit de citer les résultats de l'opération si simple de la fistule à l'anus. A fortiori les amputations, resections et extirpations d'os.

Mais le poumon n'est pas le seul organe dont les lésions réagissent fâcheusement sur la cicatrisation. Les lésions osseuses profondes, les adénopathies internes et surtout la dégénérescence amyloïde ou graisseuse du foie, des reins, de la rate, de la muqueuse intestinale exercent sur les plaies l'influence la plus funeste. Or, ces lésions sont malheureusement très-communes chez les scrofuleux atteints de suppuration prolongée entretenue par des affections osseuses. Si l'obscurité des symptômes en rend sur le vivant le diagnostic incertain, l'autopsie des sujets opérés ou non ne laisse aucun doute sur leur fréquence. Chez les patients de cette catégorie le pronostic des opérations tant soit peu étendues est détestable, car sans parler de la mortalité primitive qui est assez considérable, la mort tardive est la règle, occasionnée non point par les accidents traumatiques communs partis de la blessure, mais par diverses affections internes, phthisie, hydropisie générale, entérite, albuminurie, méningite à marche plus ou moins rapide.

Bien que peu sensibles en apparence aux influences de milieu, puisque d'ordinaire les scrofuleux sont partout plus ou moins chétifs, débiles et anémiés, les sujets de cette catégorie, lorsqu'ils viennent a être opérés dans nos grands hôpitaux, y périssent souvent s'il y suppurent longtemps et si on ne peut les faire sortir de nos salles pour terminer leur convalescence dans une atmosphère plus salubre. Maintes fois j'ai vu la tuberculisation pulmonaire apparaître ou s'aggraver deux ou trois mois après l'opération, quand le foyer n'était pas encore tari à cette époque; au bout d'un certain temps le milieu nosocomial, lors même qu'il ne renferme aucun germe épidémique, est certainement très-mauvais pour les opérés scrofuleux.

Si l'on croit utile de récapituler les éléments de gravité du pronostic, on peut admettre les catégories suivantes :

1° Insuccès complet : mort rapide par le fait de l'opération ;

2° Insuccès opératoire : survie de l'opéré avec continuation du mal local, ou récidive prochaine de ce mal après guérison temporaire ;

3° Succès opératoire local : accomplissement plus ou moins lent, mais enfin complet du travail réparateur ; et puis manifestations nouvelles de la diathèse dans un autre point de l'économie : tumeurs blanches, ostéites, affections viscérales, etc.

Nous n'avons pas de statistique capable d'établir la proportion de ces terminaisons fâcheuses non plus que le nombre relatif des

guérisons complètes et durables, mais je crois pouvoir affirmer, d'après mon expérience personnelle, que ces dernières ne prédominent pas et qu'en somme la scrofule annihile trop souvent nos efforts opératoires. J'en puis fournir une preuve indirecte. Depuis plusieurs années je recueille dans les hôpitaux d'adultes qne je dirige tous les amputés que je rencontre pour étudier les moignons. Or, le nombre de ceux qui ont été opérés pour tumeurs blanches scrofuleuses est proportionnellement minime, d'où je conclus que la plus grande partie des enfants ou des adolescents mutilés à succombé avant d'atteindre 30 ou 40 ans.

On sait que c'est un raisonnement analogue qui a fait juger et condamner l'amputation de la cuisse au tiers supérieur.

Ne voulant pas donner trop d'étendue à ces remarques, je répondrai brièvement à la seconde question concernant *l'influence qu'exerce sur la marche générale de la scrofule la suppression chirurgicale de ses manifestations périphériques.*

Ici encore les résultats obtenus sont très-variables.

A) L'opération réussit à tous les points de vue; l'organisme débarrassé de la lésion locale reprend ses forces et son fonctionnement normal; sauf le stigmate chirurgical, toute trace de la maladie constitutionnelle a disparu pour jamais.

B) L'opération réussit encore et la santé générale paraît rétablie; on pourrait croire que la diathèse est éteinte; mais il ne s'agissait en réalité que d'une sorte de révulsion puissante ayant momentanément arrêté la marche du mal général, car après un temps plus ou moins long, des manifestations nouvelles se montrant, soit au point opéré, soit ailleurs, n'indiquent que trop la persistance de la cause.

C) L'opération laisse les choses en l'état. La plaie ne guérit pas, la lésion chirurgicale s'est substituée à la lésion spontanée et en revêt bientôt les caractères extérieurs et l'étendue tantôt amoindrie et tantôt accrue. L'état général de son côté reste stationnaire, parfois amélioré et parfois aggravé.

D) L'opération, abstraction faite de son insuccès local ou de sa réussite, imprime à la diathèse une impulsion nouvelle, une activité fâcheuse qui engendrent en un ou plusieurs points de l'économie jusqu'alors indemnes des manifestations plus ou moins semblables à celle que le chirurgien a tenté de détruire.

E) L'opération, en raison même de ce pouvoir excitateur qu'elle possède à titre de lésion traumatique, va réveiller ou activer d'anciennes lésions pathologiques endormies ou languissantes et leur donne une acuité redoutable. Si cette surexcitation porte sur des viscères malades, le danger devient grand et surtout immédiat, car tel organe qui fonctionnait tant bien que mal cessant de le faire,

la mort survient dans un délai prochain. Elle n'est point alors le fait d'un des accidents traumatiques, mais bien d'une pneumonie caséeuse, d'une albuminurie aiguë, d'une entérite, etc., etc.

En somme, on peut, en s'appuyant sur les faits cliniques, admettre que l'action chirurgicale guérit la scrofule rarement, l'aggrave quelquefois et le plus souvent la laisse évoluer en toute liberté. Il faut s'efforcer de prévenir à l'avance ces différents effets, ce qui est possible dans un certain nombre de cas.

En résumé je crois avoir démontré que le pronostic des opérations chez les scrofuleux, est beaucoup moins favorable qu'on ne l'admet généralement, et que ce point de la doctrine classique doit comme beaucoup d'autres être soumis à une révision sévère.

Est-ce à dire pour cela qu'il ne faille plus opérer les sujets de cette catégorie? Je ne tomberai pas dans cette exagération, mais je dirai seulement qu'il faut d'abord moins compter sur le succès et faire pour assurer ce dernier plus et autrement qu'on ne fait. Étant posé en principe que l'opération, moyen purement local et n'ayant de prise que sur la lésion locale, est incapable de guérir la maladie constitutionnelle et de remettre en bon chemin la nutrition pervertie, il faut, pour combattre et vaincre la diathèse, s'adresser aux modificateurs généraux empruntés à la matière médicale, à l'hygiène et à la mésologie.

Tout le monde, je le sais bien, reconnaît la nécessité du traitement général avant, pendant et après les opérations, mais beaucoup se font illusion en croyant remplir l'indication à l'aide de quelques médicaments prétendus spécifiques. Certes, l'huile de foie de morue, les préparations iodurées, le phosphate de chaux, les sulfureux, l'alimentation substantielle rendent de grands services, mais seulement quand ils sont tolérés, c'est-à-dire digérés; or ils ne le sont point dans les périodes avancées de la scrofule quand les viscères sont atteints sérieusement.

Ils inspirent aux malades un dégoût instinctif insurmontable et pour le moins restent inefficaces. Le changement de milieu est infiniment plus efficace et sous ce rapport rien n'égale le séjour à la campagne et surtout au bord de la mer.

Je suis convaincu que si l'on pouvait soumettre à ce puissant modificateur des scrofuleux menacés d'une opération inévitable en apparence, celle-ci deviendrait plus d'une fois inutile; je crois encore qu'après une mutilation récemment pratiquée et d'abord couronnée de succès opératoire, on préviendrait souvent par le même moyen ces récidives externes ou internes promptes ou tardives qui rendent si rares le succès thérapeutique.

Je pense ces vérités claires, bonnes à dire hautement, pour

qu'il soit avisé aux nécessités d'un traitement qui seul améliorera le pronostic.

Si mes collègues trouvent que j'ai trop assombri le tableau, il leur sera facile de me démentir en me montrant un grand nombre de leurs opérés scrofuleux suivis pendant plusieurs années et définitivement débarrassés de leur diathèse.

Séance du 13 octobre.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal.

M. Le Fort rappelle que les faits cités dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* démontrent que dans la ligature de l'artère axillaire la gangrène est presque la règle, tandis qu'elle ne se produit point quand le vaisseau est lié au-dessus de la clavicule. Cela tient sans doute à ce que la première opération nécessite la section d'un certain nombre de collatérales, qui sont conservées dans la seconde.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Une note sur quelques points du traitement des kystes hydatiques du foie et notamment sur la valeur de la ponction capillaire avec aspiration employée comme méthode curative, par M. le Dr Desnos, médecin de l'Hôpital de la Pitié.

Le premier fascicule du tome V du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. Larrey offre, de la part du Dr Dechoux, de Montluçon, un mémoire imprimé *sur les plaies pénétrantes des articulations.* — Une observation manuscrite intitulée : *De la conservation dans un cas de mutilation de l'épaule.*

(Commissaires : MM. Saint-Germain, Forget, Sée.)

M. Verneuil offre, de la part du Dr Dubouc, membre correspondant à Pau, un ouvrage intitulé : *De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique.*

M. Perrin offre, de la part du Dr Chauvel, un mémoire imprimé, intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur l'emploi de l'ischémie temporaire pendant les opérations.*

M. Desprès offre, de la part du Dr Bertin, de Gray, à l'appui de sa candidature, une série d'observations de *luxations diverses.*

(Commissaires : MM. Tillaux, Larrey et Desprès.)

M. le président déclare la vacance d'une place de membre titulaire.

M. le président donne connaissance d'une lettre officielle par laquelle la Société est informée de la disposition testamentaire de M. Demarquay, instituant un prix qui sera décerné tous les trois ans par la Société de chirurgie. Il propose de nommer une commission de trois membres, chargés, avec le bureau, de s'entendre sur les conditions du concours pour le prix Demarquay.

Sont nommés au scrutin : MM. Larrey, Giraldès et Verneuil.

Rapport.

M. Sée, au nom d'une commission dont font partie avec lui MM. Giraud-Teulon et de Saint-Germain, donne lecture du rapport suivant :

Bec-de-lièvre double et compliqué, opéré par le docteur Savary (du Mans).

Messieurs,

Sous le titre de *Lettre chirurgicale à la Société de chirurgie*, M. le Dr Savary vous a adressé l'observation d'un *bec-de-lièvre double et compliqué*, qu'il a opéré sur un enfant de trois mois et demi. La relation de ce fait est accompagnée de réflexions sur le moment où il convient de pratiquer l'opération du bec-de-lièvre en général.

A part cette circonstance qu'un bec-de-lièvre simple existait chez un cousin-germain de l'enfant opéré par M. Savary, ce qui semblerait indiquer un certain degré de prédisposition héréditaire, la difformité dont il s'agit dans l'observation de notre honorable confrère du Mans ne présentait rien qu'on ne retrouve dans les faits analogues. Les deux fentes latérales s'étendaient à toute la hau-

teur de la lèvre supérieure et pénétraient dans les narines ; le lobule moyen, dont le tégument cutané adhérait à la gencive dans toute son étendue, était fixé au bout du nez, et les os intermaxillaires qui le soutenaient avaient une direction presque horizontale. Les deux maxillaires écartés avaient un égal développement, ainsi que les deux moitiés de la lèvre supérieure, qui ne pouvaient être rapprochées du lobule médian qu'avec un peu de difficulté.

M. Savary fit l'opération de la manière suivante : après avoir avivé obliquement, avec le bistouri, la portion gauche de la lèvre supérieure, sans laisser de lambeau inférieur, il aviva, avec une obliquité en sens inverse, le bord correspondant du lobule médian, puis il réunit les deux surfaces saignantes à l'aide de trois points de suture entortillée. La même opération fut répétée à droite. L'enfant avait perdu un peu de sang, et il était pâle après l'opération; néanmoins, le succès fut complet, et les épingles ayant été enlevées au bout de quatre jours, on constata une réunion absolue par première intention. « L'aspect de l'enfant, dit M. Savary, est totalement changé. »

On le croira volontiers. Mais ce changement était-il avantageux ? Il paraît plus difficile de l'admettre, du moins *à priori*. Après avoir fait entrer dans la composition de la lèvre supérieure le lobule médian, attaché au bout du nez, comment le chirurgien s'y prendra-t-il pour former la sous-cloison et pour s'opposer à l'aplatissement de plus en plus complet du nez, entraîné forcément en arrière par la traction qu'opérera la lèvre reconstituée ? Notre honorable confrère, en nous renseignant sur ses intentions à cet égard, eût certainement augmenté dans une grande mesure l'intérêt de sa communication.

M. Savary avait opéré précédemment d'un bec-de-lièvre simple un garçon de 21 ans, chez lequel il avait obtenu par le simple avivement au bistouri, également sans conserver de lambeau inférieur, et par la suture entortillée, une réunion parfaite, exempte d'encoche inférieure. « Je crois, dit-il, qu'on peut l'éviter sans avoir recours au lambeau de MM. Clémot et Malgaigne. » Telle n'est pas l'opinion générale, surtout quand il s'agit de sujets d'un certain âge. Nous aurions tous, je crois, accueilli avec intérêt l'indication des précautions qu'il faut prendre pour atteindre ce but, et votre rapporteur serait personnellement reconnaissant à M. Savary de vouloir bien lui faire connaître celles dont il a reconnu l'efficacité.

La question de l'âge le plus favorable au succès de l'opération du bec-de-lièvre a plusieurs fois occupé la Société de chirurgie, qui, dans une discussion approfondie à laquelle elle s'est livrée en 1856, a paru en général hostile aux opérations hâtives. M. Sa-

vary est d'un avis contraire et se range à l'opinion exprimée par P. Dubois, qui conseillait, contrairement à Boyer et Desault, d'opérer dans le premier mois après la naissance. Il invoque, à l'appui de sa manière de voir, la pratique de la province, sur laquelle il ne nous donne cependant aucune statistique, et les relevés de M. Périat, reproduits et analysés à l'article Bec-de-lièvre dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, par Demarquay.

Bien que son opinion paraisse fixée, M. Savary dit que « sur ce point, comme sur d'autres, un accord serait peut-être bon ; il donnerait aux chirurgiens un appui moral qui les consolerait dans leurs revers, il leur donnerait la force et l'indépendance nécessair pour convaincre les blessés en péril. »

A s'en tenir simplement aux chiffres de M. Périat, on reconnaîtrait que le bec-de-lièvre compliqué donne une proportion de succès plus considérable quand on l'opère tardivement, et ce serait là, je crois, la seule conclusion à en tirer si l'on pouvait attribuer quelque valeur à de semblables statistiques, où les succès sont enregistrés avec infiniment plus de complaisance que les revers.

Le chirurgien doit-il diriger sa conduite d'après la seule considération du danger plus grand des opérations hâtives ? Evidemment non, puisque son but est de procurer à l'enfant la conformation la plus régulière et que ce but, de l'avis unanime des chirurgiens, est autant mieux atteint que l'opération est pratiquée à une époque plus rapprochée de la naissance.

Si les faits réunis par M. Périat ne peuvent en aucune façon nous renseigner sur le degré de gravité et la léthalité de l'opération du bec-de-lièvre, ils nous montrent cependant que cette opération peut réussir à tous les âges, et dès lors il semble qu'on doive se demander, avec O. Weber, non plus à quel âge on doit opérer, mais bien dans quels cas on ne doit pas opérer dès les premiers temps de la vie ; ce qui revient à dire qu'il faut étudier avec soin les contre-indications, c'est-à-dire les causes d'insuccès dans chaque cas particulier. Or, les observations consignées dans les diverses publications ne sont pas toujours suffisamment détaillées pour qu'il soit possible de les utiliser en vue d'une étude fondée exclusivement sur les faits. Nous ne pouvons donc ici que reproduire les opinions des chirurgiens qui ont eu, postérieurement à la discussion de 1856, l'occasion de faire un grand nombre d'opérations de bec-de-lièvre.

P. Guersant, dont l'expérience était si grande, s'exprimait ainsi en 1864, relativement au bec-de-lièvre simple : « Si on réussit « assez souvent, on échoue aussi dans beaucoup de cas. C'est « pourquoi nous opérons le bec-de-lièvre simple un mois environ

« après la naissance de l'enfant. A cette époque on peut voir si ce « dernier est vivace, s'il se nourrit bien, ce dont on n'est pas cer- « tain le lendemain de la naissance. Alors il a passé l'époque de « la jaunisse des nouveau-nés et l'on peut avoir plus de confiance « dans le résultat de l'opération... » Quant aux becs-de-lièvre compliqués, il conseille de reculer l'opération à 6, 8 et même 10 mois après la naissance.

M. Giraldès, qui a pratiqué sur le même théâtre que P. Guersant, veut que l'on opère indistinctement tous les becs-de-lièvre dans les premiers mois de la vie de l'enfant.

Demarquay, dans l'article Bec-de-lièvre du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. IV, p. 688), conseille d'opérer dans les premiers jours ou les deux premiers mois qui suivent la naissance, les becs-de-lièvres simples ou doubles, ainsi que les becs-de-lièvre avec division de la voûte palatine si on peut facilement obtenir l'affrontement des parties; s'il y a écartement considérable de la voûte palatine, avec saillie, soit du maxillaire droit, soit de l'os inter-maxillaire, il est plus sage d'attendre, dit l'auteur, *une époque plus favorable*, sans préciser cette époque.

M. Bouisson (*Dict. encyclop.*, t. VIII, p. 686) donne la préférence à l'opération précoce, qu'il s'agisse d'un bec-de-lièvre simple, double ou compliqué. « Nous n'hésitons pas à reconnaître, dit-il toutefois, que si la complication était trop grande et qu'il fallût une opération cheiloplastique importante, il vaudrait mieux différer jusqu'à l'âge de raison. »

M. Tillaux conseille d'opérer les cas simples *dès la naissance* et d'attendre plusieurs mois pour les cas compliqués, sans toutefois dépasser la première année.

Ces préceptes se rapprochent beaucoup de ceux que donne Holmes. Pour le chirurgien de l'hôpital des Enfants malades de Londres, on ne peut jamais opérer trop tôt dans les cas simples, et quant aux cas compliqués, si l'enfant est bien portant, sans éruption cutanée, il ne faut pas rejeter l'opération au delà de deux mois, même lorsque la complication est considérable. Si l'enfant dépérit faute de pouvoir se nourrir parce que la nourriture ressort par la fissure naso-labiale, il faut opérer immédiatement, quel que puisse paraître le danger. Holmes repousse avec raison le conseil d'attendre que l'enfant soit assez raisonnable pour aider au succès de l'opération. « Jamais, dit-il, je n'ai vu un enfant ayant cette dose de philosophie. Il est tout à fait inutile d'attendre au delà de deux ans. Si l'enfant tète bien, il n'y a pas lieu de se hâter; sinon, il ne faut pas attendre, à moins qu'on ne suppose que l'enfant ne supportera pas l'opération. »

Suivant O. Weber (*Handb. de Pitha et Billroth*), la question de l'époque où l'opération du bec-de-lièvre doit être pratiquée tend de plus en plus à être résolue en faveur de la précocité. On peut opérer dès la naissance, comme faisait Belmas, ou laisser passer les premiers jours. Si l'enfant est faible, il faut le laisser se fortifier préalablement, mais on ne doit pas attendre 15 à 18 mois; l'enfant très-jeune ne se défend pas, ne tire pas sur la suture; il dort tout le jour; les tissus jouissent d'une grande plasticité et les plaies guérissent plus facilement. En outre, la cicatrice est plus parfaite et croît avec le reste; la guérison régularise la position des dents et des mâchoires dont elle diminue l'écartement. Mais il faut que l'enfant soit bien portant, qu'il n'ait ni catarrhe bronchique, ni catarrhe intestinal; « un simple rhume de cerveau, dit O. Weber, contr'indique l'opération. » Je ne saurais trop attirer l'attention sur cette dernière recommandation; plusieurs fois j'ai vu la réunion manquer dans des circonstances en tout favorables, sauf un coriza plus ou moins intense; les mucosités nasales, dont il est difficile de préserver la plaie, s'opposent presque infailliblement au succès de l'opération. O. Weber conseille aussi d'éviter la période de la dentition, laquelle coïncide avec le développement du crâne et du cerveau et prédispose aux inflammations de l'encéphale, et celle de 2 à 7 ans, dans laquelle, suivant Roser, la suppuration serait plus fréquente et rendrait les succès très-rares. Il faudrait, je crois, des faits assez nombreux pour établir la valeur de cette dernière recommandation.

Voici, enfin, comment s'exprime E. Kœnig, dans son traité de chirurgie qui vient de paraître : « La plupart des chirurgiens allemands paraissent s'accorder aujourd'hui qu'il faut opérer les becs-de-lièvre de très-bonne heure, autant que possible peu de jours après la naissance. L'opération hâtive se rapporte non-seulement aux formes simples, mais encore et tout particulièrement aux formes compliquées; elle améliore les conditions d'alimentation et promet de donner de meilleures statistiques que la temporisation. L'auteur a réussi même sur des enfants mal nourris. Mais il faut que l'enfant soit bien portant; une légère diarrhée, cependant, n'est pas une contre-indication. Il n'en est pas de même des affections aphtheuses de la bouche.

De ces citations, qui semblent plus particulièrement reposer sur l'observation, il résulte que l'opinion des chirurgiens est aujourd'hui plus favorable à l'opération précoce des becs-de-lièvre simples ou compliqués qu'en 1856, lors de la dicussion de cette question à la Société de chirurgie. « Peut-être a-t-on le droit de penser, dit M. Savary, que la Société est revenue sur son jugement (celui de 1856), sans se donner la peine de formuler à nouveau cette loi de

pratique chirurgicale. Si la Société de chirurgie pense aujourd'hui autrement qu'en 1856, les chirurgiens partisans de l'opération hâtive se trouveraient heureux d'être appuyés par l'autorité de ce corps savant et la Société y gagnerait de ne pas se voir attribuer un jugement qui n'est plus le sien. Si, au contraire, la Société de chirurgie maintient sa décision, cette question reviendrait à l'étude pour être jugée définitivement. »

Il serait peut-être opportun, en effet, que la Société de chirurgie fît connaître de nouveau son opinion sur cette question, dont la solution donnée par elle en 1856 paraît n'être plus conforme au sentiment général des chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger. Beaucoup d'entre vous, sans doute, avec votre rapporteur, n'hésitent pas à opérer un enfant bien portant et placé dans de bonnes conditions dès les premiers jours qui suivent la naissance, persuadés qu'une atteinte si faible à l'organisme ne portera pas un trouble considérable dans les fonctions. Je ne voudrais cependant pas, à l'exemple de quelques chirurgiens, faire l'opération deux heures ou immédiatement après la naissance, et je tiendrais dans tous les cas à m'assurer préalablement que l'enfant tètera convenablement ou du moins pourra être nourri suffisamment, bien que toutes les apparences extérieures soient en faveur d'une viabilité assurée. Je suis assez disposé à attendre un peu plus longtemps quand il s'agit d'un bec-de-lièvre compliqué, surtout si la réunion ne peut s'opérer qu'à la suite de larges décollements des téguments, qui multiplient les chances de pertes sanguines et qui, en prolongeant l'opération, exposent davantage à jeter les enfants dans cet état d'affaissement dont ils ont parfois beaucoup de peine à se relever. Mais si les conditions sont bonnes d'ailleurs, je pratique volontiers ce genre d'opérations à l'âge d'un mois ou de six semaines, et rarement j'ai eu lieu de me repentir d'avoir tenu cette conduite.

Outre l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Savary, sa lettre a le mérite d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur cette importante question, encore fort controversée. J'ai l'honneur de vous proposer, Messieurs, de voter des remerciements à notre honorable confrère du Mans et de déposer son travail aux *Archives*.

Discussion.

M. GIRALDÈS. Mon opinion est, en effet, qu'il faut opérer de bonne heure les becs-de-lièvre, mais à la condition que les enfants soient bien portants, exempts de complications portant sur d'autres orga-

nes, et confiés à une nourrice. Il est cependant des becs-de-lièvre qu'on ne peut opérer, non pas parce qu'ils demanderaient des décollements trop étendus, mais à cause de la largeur considérable de la fente palatine.

Pour ce qui est du coriza, sur lequel insiste M. Sée, je crois qu'il peut être une cause d'insuccès quand on fait usage de la suture entortillée. Mais en se servant de la suture métallique, qui peut rester en place jusqu'à quinze jours, on n'a pas à redouter son influence.

M. Sée. Personne ne consentirait à opérer un enfant malade, et en rapportant l'opinion de M. Giraldès, je pensais qu'il était entendu qu'il ne s'agissait que de sujets bien portants. Quant à l'influence pernicieuse du coriza, je dois dire que je l'ai observée précisément sur des enfants chez lesquels j'avais employé la suture métallique, dont la supériorité, d'ailleurs, ne m'est pas encore nettement démontrée, bien que je m'en serve de préférence depuis assez longtemps.

Les conclusions du rapport de M. Sée sont adoptées.

Communications.

M. Duplay fait la communication suivante et présente le malade auquel elle se rapporte :

De la resection précoce dans la périostite phlegmoneuse diffuse.

Dans un travail lu à l'Académie de médecine, le 5 janvier 1875, notre collègue, M. Giraldès, s'appuyant sur la pratique de Holmes et sur de nombreux faits qui lui sont personnels, a formulé très-nettement le conseil de pratiquer le plus tôt possible l'ablation sous-périostée des os atteints de périostite phlegmoneuse diffuse, afin d'éviter aux malades les dangers de ces suppurations intarissables qui ne prennent fin que par une opération quelquefois très-grave, toujours pénible, qui consiste dans l'extraction tardive d'un séquestre invaginé.

Je viens apporter à l'appui de cette pratique un fait qui montre que la resection précoce, dans le traitement de la périostite phlegmoneuse, peut être étendue aussi loin que possible et porter sur la totalité d'un os (à l'exception du fémur et de l'humérus, bien entendu).

Périostite diffuse du tibia avec décollement de l'épiphyse inférieure. — Résection sous-périostée de la totalité de la diaphyse de l'os (29 centimètres). — Guérison avec reproduction du tibia.

Obs. Le nommé Martin (Albert), âgé de 16 ans, entre dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, le 4 janvier 1875, pour un petit abcès situé à la face dorsale du médius de la main droite, au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Cet abcès, survenu sans cause appréciable, s'était ouvert spontanément et paraissait sans importance. Cependant, un examen plus attentif permit de reconnaître, deux jours après l'entrée du malade, que l'articulation était prise, qu'il existait une mobilité latérale et des frottements manifestes. On diagnostiqua donc une arthrite purulente, dont l'étiologie échappait complètement. L'articulation fut immobilisée. Quatre jours après (8 janvier), le malade, qui se levait toute la journée, après avoir frotté le parquet de la salle, fut pris d'une douleur vive au niveau de la malléole interne gauche, avec gonflement et rougeur légère de la peau. Le lendemain, le gonflement avait augmenté et il existait un œdème occupant le quart inférieur de la jambe. Une douleur vive à la pression se manifestait au niveau de la malléole interne, et surtout sur la crête et sur le bord postérieur du tibia. Le côté externe de l'articulation tibio-tarsienne ne présente ni gonflement, ni douleur. Les mouvements, quoique gênés, s'exécutent bien.

Il y a de la fièvre (pouls à 110, temp. 40). Le malade a eu une épistaxis peu abondante.

(Sangsues, cataplasmes.)

12 janvier. La fièvre persiste au même degré; de nouvelles épistaxis ont eu lieu. Le gonflement et les douleurs ont augmenté. On perçoit de la fluctuation à la partie inférieure de la face interne du tibia. Une incision de 5 centimètres donne issue à une grande quantité de pus bien lié, et le doigt introduit à travers la plaie sent l'os dénudé dans une grande étendue.

15 janvier. Après une légère amélioration, les phénomènes locaux et généraux reprennent une nouvelle intensité. Le pouls oscille de 120 à 130. La température dépasse 40 degrés. On constate vers la partie moyenne de la face interne du tibia une nouvelle collection purulente que l'on ouvre et on trouve encore le tibia à nu.

26 janvier. Le même état persiste en s'aggravant. Le malade s'affaiblit chaque jour, il a de la diarrhée ; la face est bouffie, pâle. Le pouls oscille entre 110, 120, 130 ; la température se maintient à 40 degrés. Les plaies, qui suppurent abondamment, sont blafardes. A la partie supérieure de la face interne du tibia, une nouvelle collection purulente est ouverte, et on constate encore la dénudation du tibia.

30 janvier. Même état. Depuis hier le malade se plaint d'une douleur vive dans l'épaule gauche, qui est empâtée, chaude, et dont les téguments présentent une teinte rosée. Il y a eu un léger frisson.

31 janvier. Le gonflement de l'épaule a augmenté. Le moindre mouvement du bras détermine une vive douleur.

2 février. Le malade s'affaiblit de plus en plus, la fievre, la diarrhée persistent au même degré. Je m'assure que le tibia est dénudé dans presque toute son étendue, et je soupçonne même un décollement de l'épiphyse inférieure. Les articulations supérieures et inférieures paraissent saines.

Dans ces conditions, jugeant une intervention chirurgicale absolument nécessaire, je me décide à pratiquer la résection de la partie du tibia dénudée, c'est-à-dire de toute l'étendue de la diaphyse.

Opération. Le malade étant anesthésié par le chloroforme et la bande d'Esmarch appliquée sur le membre, une longue incision est faite sur la face interne du tibia, depuis la malléole interne jusqu'à la tubérosité interne, en passant par les incisions préexistantes. Le périoste est décollé dans presque toute l'étendue de l'os, et les parties de cette membrane qui restent adhérentes sont détachées avec la plus grande facilité. Dans ce temps on ouvre une série de collections purulentes sur les faces externe et postérieure de l'os. Le décollement du périoste s'achève enfin et permet de contourner le tibia dans presque toute sa hauteur. Une scie à chaîne est alors passée à la limite supérieure du décollement, puis la section de l'os faite, on luxe en dedans et de haut en bas le tibia, qui se détache sans effort de l'épiphyse inferieure, dont il était à peu près complétement séparé par la suppuration.

La portion du tibia ainsi enlevée mesure très-exactement 26 centimètres. Une coupe verticale permet de voir que le tissu spongieux est infiltré de pus, et même au niveau de la coupe supérieure on a pu constater un petit foyer purulent dans le bout supérieur.

La gaîne périostique a été très-exactement conservée, excepté dans une très-petite étendue sur la partie inférieure de la face externe, où un petit lambeau de périoste, resté adhérent à l'os, s'est déchiré au moment où le tibia a été luxé et s'est détaché de son épiphyse.

Le malade n'a pas perdu de sang ; aucune ligature n'est nécessaire. On applique sur la face externe de la jambe une attelle plâtrée qu'on ramène sous la plante du pied de manière à maintenir celui-ci dans une direction convenable. La plaie est bourrée de charpie.

Séance tenante, on procède à l'amputation du médius droit, dont l'articulation phalango-phalanginienne est complétement désorganisée. L'amputation est faite dans l'articulation malade avec lambeau palmaire. On constate alors : 1° une ostéo-péristite avec dénudation complète de la phalangine ; 2° un décollement complet de l'épiphyse supérieure de cette phalangine ; 3° enfin, une arthrite avec dénudation des articulations phalango-phalanginienne et phalangino-phalangettienne.

Dans les jours qui ont suivi cette opération, aucun phénomène important ne s'est manifesté. La fièvre a continué, mais l'état général a paru s'améliorer. La douleur de l'épaule, ainsi que le gonflement, a rapidement diminué pour disparaître huit jours plus tard. Dès que la suppuration s'est franchement établie, on a fait des pansements avec la charpie imbibée d'eau chlorurée qu'on renouvelait matin et soir. Les toniques étaient administrés à l'intérieur.

19 février. L'état général est de mieux en mieux, la fièvre va dimi-

nuant chaque jour ; la température ne dépasse pas 38°. Le malade n'a plus de diarrhée ; bon appétit, bon sommeil. La face est moins bouffie.

La plaie commence à se combler par des bourgeons charnus de bonne nature. A sa partie supérieure, cependant, elle laisse à désirer. L'extrémité osseuse, correspondant à la section supérieure, est nécrosée, et la présence de ce séquestre, qui, contrairement à mon attente, reste solidement fixé à l'épiphyse supérieure, gène la réparation et même la sortie du pus.

Pour obvier à cet inconvénient, j'endors le malade et, à l'aide du ciseau, de la pince-Gouge, j'enlève par fragments environ 3 centimètres de cette extrémité nécrosée.

Cette petite opération complémentaire n'a été suivie d'aucun accident. Au contraire, la plaie, débarrassée de ce corps étranger, se répare rapidement dans toute son étendue. On administre deux cuillerées de sirop de phosphate de chaux.

25 février. Pour la première fois on constate nettement (23 jours après l'opération) sur toute la hauteur de la plaie des plaques dures, manifestement osseuses.

13 mars. On enlève la gouttière plâtrée et on trouve deux plaies peu étendues, bourgeonnantes, situées l'une au niveau de la tête du péroné, l'autre au niveau de la malléole externe. Les plaies ont été produites par la pression de l'appareil plâtré. Le membre est placé dans une gouttière en fil de fer.

15 mars. En changeant la gouttière, on trouve une autre petite plaie au niveau du talon, plaie qui résulte également de la pression. En même temps on constate, vers la partie inférieure de la plaie de l'opération, un clapier se vidant mal et aboutissant sous la peau, en avant de l'articulation tibio-tarsienne. Contre-ouverture et passage d'un drain.

Les choses ont été toujours de mieux en mieux. Dès le 22 mars, le petit décollement dont il vient d'être question avait disparu et le drain était enlevé. Les plaies dues à la pression étaient cicatrisées dès le commencement d'avril. Le médius amputé était complétement guéri. En même temps la production du nouveau tibia se complétait de plus en plus et, dès le commencement du mois de mai, on pouvait considérer l'os comme à peu près complétement régénéré. La plaie était d'ailleurs cicatrisée dans les trois quarts de son étendue. Quoique l'os nouveau fût très-épais et très-solide, même dans la partie supérieure ou il y avait encore de la suppuration, on constatait ún peu de mobilité à l'union du nouveau tibia avec l'épiphyse inférieure. Pour assurer la consolidation à ce niveau, je fais appliquer sur les deux tiers inférieurs de la jambe et sur le pied un bandage silicaté. Le malade se lève et se promène avec des béquilles, son état général est excellent ; il a notablement engraissé.

Au bout de trois semaines, on enlève l'appareil. L'union de la diaphyse et de l'épiphyse inférieure est tout à fait solide. Cependant, par mesure de prudence, on applique un bandage ouaté soutenu par des attelles de fil de fer.

Enfin, le 25 juillet, le malade nous quitte pour aller à Vincennes. Il peut déjà s'appuyer sur sa jambe et marcher sans béquilles. De l'énorme plaie résultant de l'opération, il ne reste plus qu'une fistule située à son extrémité supérieure. Le stylet fait reconnaître au fond de eette fistule une portion osseuse dénudée, irrégulière.

Le malade est rentré dans le service le 3 septembre. Sa santé générale s'est encore améliorée ; il est gros et gras. Sur la faee interne du tibia, eicatrice adhérente, longue de 28 centimètres ; à son extrémité supérieure il existe encore une fistule qui conduit sur une portion osseuse dénudée, immobile. L'articulation du genou est entièrement libre dans tous ses mouvements. L'artieulation tibio-tarsienne, quoique légèrement gênée, jouit d'une mobilité presque parfaite.

Le membre paraît un peu raeeourei et ineurvé sur son bord interne. Voici les résultats de diverses mensurations :

1° De la pointe de la rotule au sommet de la malléole interne : Côté sain, 36 centimètres ; eôté malade, 33 eentimètres 1/2 ;

2° De la pointede la rotule au sommet de la malléole externe : Côté sain, 38 eentimètres ; eôté malade, 27 centimètres ;

3° De la tubérosité interne du fémur au sommet de la malléole interne : Côté sain, 37 centimètres ; côté malade, 35 centimètres.

Il semble, en somme, qu'il y ait un raeeourcissement d'environ deux centimètres.

Le tibia nouvellement formé est beaueoup plus volumineux que celui du côté sain. A sa partie moyenne eelui-ei mesure en largeur quatre centimètres ; le tibia du côté malade est large de six eentimètres. La marche s'aecomplit très-facilement, avec une très-légère elaudication.

Remarques. Je ferai d'abord remarquer, dans le fait précédent, cette particularité intéressante de deux périostites phlegmoneuses diffuses se succédant à court intervalle sur le même sujet, affectant d'abord la phalangine du médius, puis le tibia, et mettant les jours du malade dans un péril imminent.

Il est évident pour moi que, sans intervention chirurgicale, ce malade était sur le point de succomber. La fièvre intense qui ne le quittait pas depuis trois semaines, l'œdème et la bouffissure de la face, la diarrhée persistante, l'apparition d'un petit frisson et surtout de ce gonflement douloureux de l'épaule, tout annonçait l'imminence de l'infection septicémique et même de la pyohémie. L'amputation de la cuisse était le seul remède, mais l'opération me semblait avoir peu de chances de réussir dans les conditions détestables où se trouvait le malade. D'autre part, j'avais connaissance d'un fait de Holmes, dans lequel ce chirurgien reséqua avec succès la diaphyse entière du tibia pour un cas de périostite phlegmoneuse diffuse, en sorte que je me décidai à faire la même opération, qui,

en offrant au malade des chances à peu près égales de survie, lui conservait encore un membre utile.

L'événement a pleinement justifié mes espérances et vous avez pu constater l'état très-satisfaisant dans lequel se trouve aujourd'hui le malade.

Je m'empresse d'ajouter que le cas que je viens de rapporter n'est pas unique dans la science. Holmes [1] a pratiqué la resection de la diaphyse du tibia chez un enfant de dix ans, affecté de périostite phlegmoneuse diffuse. L'opération, faite un mois après le début de la maladie, fut très-facile, en raison du décollement des épiphyses supérieure et inférieure. Il y eut reproduction de l'os. Huit mois après, l'enfant marchait bien, à l'aide d'une canne, avec un raccourcissement de un pouce et demi.

On trouve dans le traité de la régénération des os de M. Ollier (t. II, p. 254) une observation inédite de M. Letenneur (de Nantes), dans laquelle ce chirurgien pratiqua l'extraction de la diaphyse entière du tibia, atteint de périostite phlegmoneuse diffuse. C'était chez un enfant de douze ans, malade depuis près de trois mois. Dans ce cas la régénération osseuse manqua à la partie moyenne du tibia.

Enfin, tout récemment, le Dr John-Aymers Macdougall a rapporté une observation [2] qui présente avec la mienne la plus entière analogie.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, atteint de périostite phlegmoneuse diffuse du tibia et réduit à l'état le plus grave. Environ un mois après le début des accidents, le chirurgien pratiqua la resection sous-périostée de la totalité du tibia. Neuf mois après l'opération, la reproduction osseuse était complète et l'enfant marchait avec agilité. Il existait seulement un raccourcissement d'un quart de pouce.

Discussion.

M. Marjolin. L'ostéo-périostite aiguë est extrêmement fréquente chez les enfants et donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic; elle est prise pour un rhumatisme, et quand on reconnaît la méprise, il existe déjà d'énormes décollements et de vastes épanchements purulents. Les cas où les lésions sont aussi étendues que chez le malade de M. Duplay, sont cependant rares : ordinairement elles sont limitées. Il faut, chez tous ces malades, faire de larges incisions et pratiquer le drainage : on voit alors le périoste se réappliquer sur l'os, qui ne se mortifie point.

[1] *The Lancet,* 31 mars 1866.
[2] *Edinburg med. Journal,* May 1875, p. 981.

Déjà Mayor (de Genève) avait conseillé d'enlever les portions d'os dénudées aussitôt que le décollement du périoste est constaté. Les faits prouvent que la nécrose, dans ces cas, n'est pas inévitable. Chez un enfant, je pus, après l'incision des parties molles, promener le doigt sur toute la longueur du tibia dénudé; je sciai l'os par le milieu, dans le but de l'enlever. Mais les surfaces de section me parurent tellement saines que je me décidai à laisser le tibia en place. Le périoste réappliqué sur lui se recolla et il n'y eut pas trace de nécrose. Des observations de cette nature doivent souvent faire hésiter le chirurgien; l'os dénudé peut ne se mortifier que superficiellement ou devenir le siége d'une exfoliation insensible. Il n'en est pas de même quand l'ostéite est centrale : il se produit alors fréquemment de larges séquestres, dont l'extraction est difficile.

M. Giraldès. Le fait que vient de rapporter M. Duplay est un argument de plus en faveur de l'opinion que je soutiens, à savoir qu'il s'agit dans ces cas d'une périostite phlegmoneuse très-aiguë et non d'une ostéo-périostite. La cause de l'affection est souvent une cause générale, le rhumatisme, par exemple, et dans ces cas, il n'est pas rare de la voir s'accompagner de lésions du côté des enveloppes du cœur ou des valvules. Les accidents sont tellement violents qu'on a vu des malades succomber quelques jours après le début du mal. On trouve alors l'os parfaitement sain, bien que nécrosé. Si on enlève prématurément le séquestre, la guérison a lieu bien plus rapidement que si on le laisse en place; on peut même affirmer que le périoste reproduit un os nouveau dans un espace de temps plus court que celui qui est nécessaire pour l'élimination spontanée. Le séquestre enlevé, aussitôt disparaissent la putridité et la cause de la suppuration. C'est donc là ce qu'il faut faire quand il s'agit du tibia. Pour le fémur, la même pratique n'est pas possible, non pas qu'on ne puisse extraire l'os de la cuisse, mais parce que nous manquons d'appareils de contention convenables et que ce segment privé de soutien suffisant ne pourrait se cicatriser sans déformation. Lors donc qu'une périostite phlegmoneuse diffuse atteint la partie supérieure de la cuisse, nous n'avons d'autre ressource que la désarticulation du membre inférieur.

M. Le Fort. Lorsque, l'an dernier, j'enlevai sur une malade la clavicule tout entière, il s'agissait également non d'une ostéite mais d'une périostite phlegmoneuse aiguë ayant débuté avec des symptômes généraux si graves que la malade avait été soignée dans un service de médecine comme atteinte de fièvre typhoïde. La maladie datait de 8 à 10 jours, et déjà la clavicule était de toute part dépouillée de son périoste et baignait dans le pus; l'opération

fut très-facile, l'os étant complétement isolé. Ces faits démontrent que l'extraction des séquestres doit être faite de très-bonne heure, avant que les sécrétions périostiques en fassent des séquestres invaginés.

Je profite de cette occasion pour faire connaître le sort ultérieur de ma malade. Elle fut prise, quelques mois plus tard, d'une périostite du fémur et du bassin, à laquelle elle succomba. A l'autopsie, je constatai que la clavicule s'était reproduite avec sa forme presque normale.

M. Tillaux signale la contradiction qui existe entre les faits rapportés par MM. Duplay et Marjolin, et demande quelle conduite il faut tenir en cas de dénudation d'un os.

M. Giraldès. Si le tibia est dénudé par suite d'une périostite phlegmoneuse diffuse, il y a avantage à l'enlever immédiatement.

M. Paulet. A la suite de la périostite phlegmoneuse diffuse, la nécrose est-elle fatale? Non, car j'ai observé deux cas où cette inflammation, siégeant à la cuisse, avait donné naissance à des collections purulentes profondes, sans qu'il en résultât ni nécrose ni exfoliation du fémur. Dans un de ces cas, cependant, j'avais nettement senti l'os dénudé. Les sujets étaient des adultes. En est-il autrement des enfants?

M. Giraldès. Chez les enfants, la nécrose est fatale.

M. Marjolin. Je ne suis pas de l'avis de M. Giraldès. Nombre de fois j'ai constaté une dénudation osseuse plus ou moins étendue dans le creux poplité, au col de l'humérus ou du fémur, et cependant elle n'a pas été fatalement suivie de nécrose. Au niveau des diaphyses, la conduite du chirurgien est plus difficile, car s'il se produit un séquestre, et qu'on tarde à l'enlever, les productions osseuses périostiques finissent par l'invaginer.

M. Le Fort. Il ne faut pas confondre la périostite phlegmoneuse aiguë avec la périostite simple suppurée. Dans cette dernière, les faits se passent souvent comme l'a dit M. Marjolin. Ainsi, chez une dame atteinte de périostite du maxillaire à la suite d'une carie dentaire, j'ai constaté parfaitement que l'os était à découvert, et cependant le périoste se recolla et il n'y eut point de nécrose. La périostite phlegmoneuse aiguë débute avec une acuité telle et avec un tel cortége de symptômes généraux, qu'on l'a prise plusieurs fois, comme dans mon observation, pour une fièvre typhoïde. Que l'affection prenne ou non son point de départ aux environs du cartilage épiphysaire, en quelques jours, le périoste, décollé de toutes

parts, laisse l'os sans moyens de vivre ; il y a, non plus nécrose superficielle, comme dans la périostite simple suppurée, mais nécrose totale de l'os, et presque toujours la diaphyse se trouve libre, détachée vers une de ses extrémités, au niveau d'un des cartilages épiphysaires. Il ne faut donc pas confondre les deux variétés de périostite, très-dissemblables et demandant une thérapeutique très-différente.

M. Giraldès. La périostite phlegmoneuse aiguë conduit à la suppuration dans un temps très-court ; elle s'accompagne d'accidents généraux très-graves, de troubles cérébraux, d'une forte élévation de la température. Quand on porte un doigt dans la plaie, on sent l'os à nu et avec des caractères tout particuliers ; il est rugueux, les canalicules osseux sont ouverts, privés de vaisseaux et dépourvus de cette couche ostéo-plastique qu'on trouve à l'état physiologique.

M. Duplay. Ce qui caractérise la périostite phlegmoneuse diffuse, c'est l'état général grave qui précède son développement et qui a motivé la dénomination de *typhus des membres*. Les faits de M. Marjolin sont d'une tout autre catégorie.

M. Panas voudrait que l'on pût suivre le développement ultérieur de l'enfant, pour s'assurer du degré d'allongement du membre opéré, dont le cartilage épiphysaire inférieur a été détruit, la question de l'influence des cartilages épiphysaires sur la croissance des os longs étant encore un sujet d'études.

M. Larrey fait observer que le péroné semble avoir subi une incurvation proportionnée au raccourcissement du tibia.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 20 octobre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de l'augmentation de la pression atmosphérique, par M. Pravaz. — *De l'analyse chimique de l'urine normale et pathologique au point de vue clinique*, par Paul Yvon. — *In commemorazione del defunto senatore professore commendatore Luigi Porta.* — *Études tératologiques de la polygnathie chez l'homme*, par le Dr E. Magitot. — *De l'anomalie de structure*, par le Dr E. Magitot. — *Des anomalies de l'éruption*, par le Dr E. Magitot. — *Médecine opératoire* (extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), par J. Chauvel.

M. Larrey offre à la Société les deux premiers volumes des *Archives de médecine navale.*

M. le Dr Blot, dans une lettre datée du 12 octobre, demande à échanger son titre de *membre titulaire* contre celui de *membre honoraire.*

A propos du procès-verbal.

M. Marjolin donne lecture de la note suivante :

La discussion soulevée dans la dernière séance à propos de l'intéressante communication de M. Duplay est d'une telle importance au point de vue pratique que je demande à y revenir, afin de préciser nettement mon opinion en m'appuyant sur les faits que j'ai été à même d'observer ; mais avant d'aborder la question de la terminaison et du traitement de la périostite, je crois nécessaire d'entrer dans quelques considérations qui me paraissent indispensables pour bien nous entendre sur les points qui semblent diviser quelques-uns d'entre nous.

Comme toutes les maladies, la périostite présente dans sa marche et sa terminaison des différences dépendant soit de la cause, soit de l'âge ou de la constitution de l'individu ; ainsi, tantôt elle se manifestera brusquement avec une forme suraiguë très-douloureuse, alors la nécrose est presque fatale , tantôt au contraire il y aura une période d'incubation assez prolongée pour induire en erreur les praticiens les plus expérimentés, tant que la fluctuation ne sera pas manifeste dans le point où le malade accuse de la douleur.

Or, comme, à son début, la périostite n'est pas constamment accompagnée de cet ensemble de symptômes généraux si graves annonçant que le malade est sous l'influence d'une sorte d'intoxication résultant de la formation du pus, je me garderai bien de dire qu'il est toujours facile de la reconnaître et de ne pas la confondre avec une affection rhumatismale ; je crois au contraire que nous sommes tous exposés à nous tromper, surtout lorsqu'elle semble

causée par un brusque refroidissement ou l'habitation dans un endroit humide, et l'erreur est d'autant plus facile que le rhumatisme reconnaît les mêmes causes, que la plupart du temps nous n'avons pas suivi la maladie dès l'apparition des premiers symptômes et que les renseignements les plus importants nous manquent. Il n'est donc pas aussi aisé, comme vous le voyez, de diagnostiquer la périostite dès son début, surtout lorsque la cause première nous est inconnue et nous échappe complétement ; lorsqu'il s'agit d'une périostite traumatique, l'erreur n'est guère possible, mais lorsqu'on l'observe chez un enfant ou un adolescent mal nourri, mal logé, parfois surmené par un travail excessif, tant que la fluctuation n'est pas évidente, dans un point bien déterminé, l'affection véritable peut être méconnue et ce retard est d'autant plus fâcheux que tant que l'on n'a pas donné une libre issue au pus, non-seulement les désordres locaux s'étendent, mais le malade se trouvant alors sous l'influence d'une véritable intoxication, on voit la périostite se généraliser et se montrer dans plusieurs points. De ces faits il faut déduire ce précepte, que dans toute périostite, surtout lorsqu'elle revêt une forme suraiguë annoncée par de l'abattement, des frissons, une fièvre intense, avec persistance de la douleur dans le même point, quelque obscure et quelque profonde que soit la fluctuation, il n'y a pas à hésiter, il faut se hâter d'ouvrir le foyer, plonger le bistouri jusque sur l'os et inciser le périoste. Il y a des cas où la sonde cannelée glissée le long du bistouri ne ramène que du sang, c'est que l'on n'est pas tombé sur le foyer ou que le pus n'est pas encore collecté ; d'autres fois il n'y a que quelques gouttes de pus ; il ne faut pas alors regretter d'avoir fait cette ponction, car le débridement aura eu cet avantage de faciliter plus tard l'issue du pus et de prévenir des accidents ultérieurs. Seulement, dans les cas douteux, au lieu d'annoncer aux assistants que l'on va ouvrir un abcès, il est sage de dire simplement qu'il y a nécessité de pratiquer une ponction exploratrice et un débridement, ce qui est non-seulement vrai, mais urgent. Telle est la conduite que j'ai constamment suivie et dont je n'ai pas eu à me repentir.

Ce point une fois établi, j'arrive à cette autre partie de la question : la périostite, comme me l'a demandé M. Paulet, est-elle fatalement suivie de nécrose ? A la demande de notre honorable collègue je répondrai très-franchement que je ne le pense pas, attendu qu'en dehors des deux faits que j'ai cités dans la dernière séance, j'ai vu un certain nombre d'enfants atteints de périostite guérir assez rapidement, sans qu'il restât de trajets fistuleux indiquant l'existence d'un séquestre ; dans ces cas il n'y avait donc pas eu nécrose de l'os, mais simplement décollement du périoste. Lorsque j'ai parlé de ce qui se passait dans les plaies de tête, où,

par suite de la dénudation des os, il y avait quelquefois séparation d'une lamelle d'une ténuité excessive, je n'ai nullement voulu assimiler ce genre de nécrose à celle qui est la terminaison la plus habituelle de la périostite, j'ai simplement voulu insister sur ce précepte, que dans tous les cas où il y avait un séquestre quelque petit, quelque mince qu'il fût, il fallait se hâter de l'extraire, si on ne voulait pas avoir plus tard des opérations longues et laborieuses. Il y a, d'ailleurs, une autre raison pour opérer de bonne heure, c'est que plus on attend, plus les malades sont exposés à toutes les conséquences graves d'une suppuration prolongée. J'ajouterai que la périostite, lorsqu'elle est suivie de nécrose, présente encore certaines différences qu'il est bon de signaler : ainsi l'os peut être tantôt mortifié dans une étendue plus ou moins considérable, ou dans une épaisseur très-variable. D'habitude la périostite affecte plus volontiers les extrémités épiphysaires que la diaphyse, et au fémur on l'observe surtout dans le point correspondant au creux poplité. Est-ce à dire que la diaphyse ne soit jamais le siége de la périostite? non, mais le plus généralement, sauf chez les tout jeunes enfants, elle est limitée; aussi je serais assez porté à penser que les cas semblables à ceux rapportés par MM. Duplay et Le Fort et ceux qu'ils ont cités sont assez rares, attendu que, même en comprenant les nécroses du péroné, pendant tout le temps que j'ai été chargé d'un service d'enfants, je ne crois pas avoir en moyenne observé chaque année la nécrose complète de toute une diaphyse.

Il est possible que je me trompe sur le plus ou moins de fréquence de ce fait; il sera, du reste, très-facile de vérifier si je suis dans l'erreur, car les périostites ne sont malheureusement que trop communes.

M. Giraldès. Si l'on veut s'en tenir à la signification exacte des mots *périostite phlegmoneuse diffuse*, l'entente sera facile, puisque le diagnostic de cette affection ne saurait laisser de doute : douleurs fulgurantes dans le segment de membre affecté, augmentation considérable de volume sans changement de couleur, température générale excessive, langue sèche, délire, phénomènes typhoïdes, tels sont les caractères de cette maladie. Si l'on pose la main sur le membre atteint, on y reconnaît immédiatement une fluctuation profonde, et si l'on pratique une incision, il s'écoule un flot de pus. Fréquemment ces malades sont portés par erreur dans les services de médecine. Avec un peu d'expérience, on ne s'y trompe pas. Ce sont les cas qui ont été décrits à tort sous les noms de décollement des épiphyses, ostéite épiphysaire, ostéo-myélite.

M. Trélat. Les diverses dénominations de médullite aiguë, ostéo-myélite, périostite, ostéo-périostite répondent à autant d'af-

fections diverses, ou plutôt constituent autant de degrés d'une même affection, dont la périostite externe, sans ostéite, est le premier, et la myélite la plus complexe le dernier, et qui n'offrent entre eux que des limites purement théoriques. Tantôt la marche de cette affection est modérée, lente, subaiguë, ce qui permet au chirurgien de patienter, et tantôt elle est très-rapide, conduit en quelques jours à l'ostéo-myélite et exige une intervention presque immédiate. Cela tient à ce qu'il s'agit toujours d'une inflammation portant sur la moelle des canalicules osseux et l'organe médullaire ; mais, suivant la profondeur des parties envahies, elle prend le nom de périostite externe, d'ostéite superficielle ou profonde ou d'ostéo-myélite. Le diagnostic de ces divers degrés est difficile dans beaucoup de cas, et cependant le traitement qui leur est applicable est différent. Dans la périostite phlegmoneuse diffuse, la médullite ou la périosto-myélite aiguë, une intervention chirurgicale hâtive est indiquée ; l'ablation précoce de l'os est une pratique hardie, mais saine, surtout s'il s'agit de jeunes sujets. Il faut enlever la cause et le siége de la suppuration. Mais la même thérapeutique peut-elle s'appliquer à tous les cas? Evidemment non. Chez les adultes, souvent l'inflammation est localisée, superficielle, et donne lieu à la production d'un séquestre dont on peut attendre l'élimination, en conservant le reste de l'os. Dans le cas rapporté par M. Duplay, le traitement mis en usage par notre collègue était parfaitement justifié. C'est à ce traitement que je me résolus également chez un enfant de douze ans qui me fut apporté à l'hôpital Saint-Louis avec une ostéo-périostite phlegmoneuse du tibia. Mais mon intervention fut trop tardive, et au lieu d'enlever immédiatement l'os malade, je ne me décidai à l'extraire qu'au bout d'un mois et demi, et le malade finit par succomber.

M. Giraldès. Il s'agit ici de la périostite phlegmoneuse diffuse et non des autres périostites. Or, celle-là commence toujours par le périoste; la myélite et l'ostéo-myélite, si elles se présentent, sont toujours consécutives.

M. Duplay. S'il est parfois difficile de diagnostiquer le siége et l'étendue de la maladie, cela tient certainement à ce que toutes les affections dont il a été question s'enchaînent entre elles. Mais la difficulté n'existe point pour la périostite phlegmoneuse diffuse, qui offre des caractères cliniques tels qu'ils ne permetent pas l'erreur. Là aussi la nécrose est fatale. Dans ces cas graves, où aucune médication, pas même les incisions précoces, ne peut arrêter la marche envahissante du mal, nos maîtres pratiquaient l'amputation, et leur exemple a été suivi jusqu'à ce que Holmes eût montré qu'il fallait opérer la résection précoce, en pleine période inflam-

matoire. C'est donc là un véritable progrès thérapeutique. Mais si la périostite phlegmoneuse est moins étendue, si elle est localisée au tiers, au quart de l'os, faut-il néanmoins faire la résection prématurée ? Sur cette question, mon expérience est insuffisante et M. Giraldès sera mieux en état de nous renseigner. Chez un malade atteint de périostite de l'extrémité inférieure du radius, j'ai pratiqué la résection : la guérison eut lieu en deux mois ; mais l'os ne se reproduisit pas complétement. Aurais-je été plus heureux si j'avais attendu davantage ?

M. Trélat. Il y a dix ou douze ans, lorsqu'on discutait beaucoup sur la questiondes fonctions régénératrices du périoste, je rapportai un grand nombre d'opérations de résectionet j'émis la pensée d'une résection hâtive dans certains cas ; mais je n'eus pas l'occasion de mettre cette idée en pratique. Deux circonstances peuvent se présenter : ou bien il s'agit de remédier à un accident menaçant, comme quand on pratique une amputation ; onne demande point, dans ce cas, s'il y aura ou non reproduction de l'os ; ou bien les symptômes sont tels qu'ils permettent d'attendre, et alors on doit s'inquiéter de savoir si l'opération pourra avancer la guérison et favoriser la restauration.

M. Guyon. Ce qui est ici en discussion, c'est une question de thérapeutique. S'il existe une périostite phlegmoneuse diffuse, la résection est de règle. Mais il est des cas où un traitement moins radical, les incisions, le drainage, ont arrêté les accidents. Ainsi, j'a vu guérir un enfant atteint de périostite phlegmoneuse du fémur, avec extension de la suppuration au genou, sans qu'il y eût aucune déperdition osseuse. Il est des cas, en effet, où il ne se produit point de séquestre et où il suffit de donner largement issue au pus. Il est à remarquer que le tibia est le véritable lieu d'élection pour les résections. Mais quand il s'agit du fémur, faut-il opérer la désarticulation ? Non, puisque les moyens ordinaires peuvent donner des succès.

M. Giraldès. En préconisant, l'an dernier, au congrès de Lille, la résection prématurée dans la périostite phlegmoneuse diffuse, je me suis assuré que cette doctrine n'était pas acceptée comme monnaie courante. Voilà pourquoi j'ai insisté de nouveau, cette année, sur ces idées dans une communication à l'Académie de médecine. J'ai montré qu'en enlevant l'os de très-bonne heure, on gagnait beaucoup de temps, tout en se mettant à l'abri du danger, et en évitant aux malades les graves opérations que nécessitent les séquestres invaginés. On peut enlever ainsi le calcanéum, le tibia, le péroné, le radius, l'humérus, mais non le fémur, parce que nous

manquons de moyens de contention. Si la périostite est limitée, si elle n'a que 7 à 8 centimètres d'étendue, on ne fera qu'une résection particlle. Quant au fait cité par M. Guyon, je ne puis le comprendre; en décollant, chez un animal, le périoste d'un os, on frappe cet os de mortification, puisqu'on enlève du même coup la couche ostéo-plastique située sous la membrane. Au crâne, les choses se passent différemment, puisque son mode d'ossification n'est point le même que celui des os des membres.

M. Perrin. Je ne saurais admettre la théorie progressive de M. Trélat, qui réduirait à une seule et même maladie des affections diverses, dont il importe de faire le départ.

J'ai peu d'expérience en ce qui concerne la périostite des enfants. Mais à la suite des amputations, des fractures compliquées, on voit survenir parfois des périostites qui ont une tout autre marche: on constate un œdème, une sorte de sclérose de tout le membre, accompagnée de douleurs profondes; les incisions ne donnent issue à aucune collection de pus et ne décèlent aucun décollement du périoste. Il y a bien une périostite, mais avec des caractères spéciaux, et il y a surtout ostéo-myélite. Ce n'est pas une résection qui peut remédier au mal; il n'y a d'autre ressource que l'amputation. Je me suis bien repenti d'avoir suivi une pratique moins radicale chez un capitaine qui, à la suite d'une fracture compliquée de la jambe, avec ostéo-myélite et épaississement du périoste, traîna pendant des années dans les hôpitaux, subit deux résections et dut, en définitive, être amputé de la cuisse.

M. Duplay. Je suis moins incrédule que M. Giraldès relativement au fait cité par M. Guyon. Dans un cas de périostite de l'extrémité inférieure du fémur, avec épanchement de pus dans le genou, j'ai vu le malade guérir sans nécrose. Mais il n'y a là rien qui ressemble à la périostite phlegmoneuse diffuse.

M. Verneuil. Il n'est pas possible de laisser dire, sans protester, que la périostite phlegmoneuse réclame l'amputation et que la dénudation du tiers d'un os nécessite la résection. Qui n'a observé des cas où la moitié d'un os, tel que le fémur, l'humérus, était dénudée sans que la guérison fût précédée d'autre chose que de l'élimination de quelques petites esquilles? Les soins hygiéniques, les incisions, le drainage, les désinfectants suffisent souvent pour amener la guérison, sans qu'il soit besoin ni de résection, ni d'amputation. Si la nécrose s'étend à tout l'os, il faut l'enlever. Mais on voit des enfants ayant toute la face interne du tibia dénudée, guérir parfaitement, surtout à la campagne. Dans le cas de Holmes, si souvent cité, le périoste était adhérent dans les deux tiers de son étendue;

je ne saurais donc approuver l'opération qu'il a pratiquée. Chez les malades de MM. Duplay et Giraldès, l'extraction de l'os était indiquée ; mais ce sont là des cas exceptionnels, et il ne faut pas généraliser la médication qui leur a été appliquée.

M. Trélat. Les os ne meurent pas parce que leur périoste est décollé par un traumatisme ; mais ils se nécrosent lorsque les canaux de Havers et la moëlle sont envahis par la suppuration ; l'appareil vasculaire de l'os étant détruit, la mortification est fatale. Ce que j'ai voulu établir, c'est la notion anatomique du siége unique de toutes les affections inflammatoires des os.

M. Le Fort. On s'est singulièrement écarté du point de départ de cette discussion. Il n'a été question, dans la communication de M. Duplay, que d'une maladie spéciale, d'une acuité extrême, qu'on n'observe guère que dans les hôpitaux d'enfants, sur des sujets malingres, mal nourris et surmenés.

M. Duplay. Cette forme grave de la périostite se reconnaît cliniquement, surtout par les phénomènes généraux ; elle nécessite la résection précoce, seule opération qui puisse être mise en parallèle avec l'amputation.

M. Giraldès. M. Verneuil a vu guérir un malade qui avait la moitié de l'humérus dénudé ; mais il n'y avait point là une périostite phlegmoneuse diffuse. Dans celle-ci, on n'a aucune peine à détacher complétement le périoste ; quand on veut conserver l'os, la suppuration se prolonge pendant des mois, si le malade résiste. La résection donne de bien meilleurs résultats.

M. Verneuil. Les cas que j'ai cités étaient des périostites phlegmoneuses des mieux caractérisées ; l'erreur n'était point possible à cet égard.

M. Marjolin. La discussion a mis en relief les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu la périostite phlegmoneuse, erreurs de diagnostic qui compromettent la vie des malades. Dans cette affection, il faut pratiquer des incisions de très-bonne heure, qu'il y ait ou non du pus dans la profondeur. Quant à enlever la moitié d'un os, ou l'os tout entier, dans une carrière chirurgicale de 18 années, je n'ai pas eu, en moyenne, une fois par an à pratiquer cette opération. La périostite phlegmoneuse n'entraîne pas fatalement la nécrose de l'os,

Lecture.

M. GILLETTE donne lecture d'une observation intitulée : *Rupture traumatique de la vessie; péritonite suraiguë, mort.* (Renvoyée à la commission prédédemment nommée.)

Présentation de pièces.

M. DE SAINT-GERMAIN présente, de la part du Dr Ragaud, de Pont-Audemer, un *fœtus monstrueux, avec encéphalocèle.*

M. POLAILLON fait remarquer qu'il n'existe pas d'yeux chez ce fœtus, qu'il se propose d'examiner, pour faire connaître à la Société les points principaux de cette monstruosité.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. SÉE.

Séance du 27 octobre 1875.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Deux mémoires destinés au concours pour le prix Gerdy, avec les épigraphes suivants : N° 1. *La Doctrine est mouvante et variable; elle se modifie, se transforme et s'épure tous les jours au contact des acquisitions incessantes.* N° 2. *Nous reconnaissons de plus en plus combien ces deux termes, épidémie et contagion, sont devenus connexes.*

Une *réclamation de priorité* de M. Gairal, à propos du pessaire en anneau présenté au nom de M. Dumont-Pallier.

Des lettres de candidature à la place de titulaire déclarée vacante de MM. les Drs Th. Auger et Delens. Une lettre de M. Blot qui demande à recevoir le titre de membre honoraire.

M. GIRALDÈS fait hommage de sa communication au congrès de Lille : *Sur un point du traitement de la périostite diffuse.*

M. Verneuil présente des observations manuscrites : 1° *De ligature de la sous-clavière*, par le Dr Glédon ; 2° *De blennorrhagie passagère survenue chez un enfant de 21 mois au moment de la sortie des canines ;* 3° *Une observation de tétanos traité et guéri par le chloral ;* 4° *Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale*, par le Dr Alfred Fournier. — Un mémoire de M. le Dr Bouqué, de Gand : *Sur le traitement des fistules uro-génitales de la femme par la réunion secondaire.* Une thèse sur *la rectotomie linéaire*, par le Dr Cerou.

M. Larrey dépose une proposition tendante à conférer l'honorariat à M. le professeur Ehrmann, de Strasbourg, membre correspondant. Cette proposition est appuyée par un grand nombre de membres de la Société.

M. Surmay, de Ham, candidat au titre de membre correspondant, envoie à la Société une observation relative à un *défaut de soudure de l'épiphyse de l'acromion*, avec pièces à l'appui. Cette observation est renvoyée à la commission nommée précédemment pour rendre compte des communications de M. Surmay.

Rapports.

M. Tillaux donne lecture du rapport suivant sur diverses communications de M. Gillette, candidat à une place de membre titulaire.

Messieurs,

J'ai à vous rendre compte de plusieurs communications qui vous ont été faites par M. le Dr Gillette.

La première en date, et c'est aussi la plus importante, est intitulée : *De l'ostéo-sarcome articulaire et péri-articulaire, au point de vue clinique et des difficultés de son diagnostic.*

La deuxième est relative à une *anomalie du muscle jumeau interne de la jambe.*

La troisième a trait à une *luxation phalango-phalangettienne du gros orteil droit de cause traumatique.*

Je rappellerai sommairement la substance de ces deux dernières communications, en vous demandant la permission d'insister davantage sur la première.

L'anomalie signalée par M. Gillette consiste dans une bifurcation à son insertion fémorale du muscle jumeau interne de la jambe droite. Elle est intéressante par les nouveaux rapports qu'affectait le paquet vasculo-nerveux du creux proplité; l'artère, la veine po-

plitées et le nerf sciatique, au lieu de descendre entre les jumeaux droit et gauche, passaient entre les deux faisceaux du jumeau interne, de telle sorte que si, sur ce sujet, on eût pratiqué la ligature de l'artère poplitée, on eût été fort exposé à ne pas la rencontrer.

En 1873, notre collègue, M. Terrier, vous avait présenté une disposition ne différant de la précédente qu'en ce que l'artère seule s'engageait entre les deux faisceaux du jumeau interne, la veine et le nerf occupant leur place accoutumée.

M. Gillette avait accompagné sa note d'un dessin qui rendait fort bien compte de cette intéressante disposition anatomique.

La luxation phalango-phalangettienne s'était produite sur un homme de 48 ans, par suite de la chute sur le pied d'une barre de fer très-lourde qui avait repoussé en bas l'extrémité antérieure de la première phalange. Le diagnostic ne fut pas difficile, et M. Gillette insiste particulièrement sur le pli cutané siégeant en arrière du rebord saillant de la phalangette luxée. La luxation était incomplète et fut aisément réduite. Il n'est aucun de nous, Messieurs, qui n'ait parfois rencontré de très-sérieuses difficultés dans le diagnostic des affections articulaires, je parle des affections spontanées.

Sans doute, il est aisé de reconnaître celles qui se sont développées franchement : une hydarthrose rhumatismale, une arthrite aiguë, par exemple ; mais il n'en est plus de même pour les affections chroniques.

Si, à une période avancée, ces dernières sont faciles à diagnostiquer, s'il n'est en général que trop aisé de reconnaître une tumeur blanche confirmée, que d'incertitudes ne laissent-elles pas souvent au début de la maladie !

A quel moment, par exemple, une hydarthrose cesse-t-elle d'être simple pour se transformer en synovite fongueuse ? Où finissent l'arthrite et l'hydarthrose simples ? Où commence la tumeur blanche ?

Il existe là, en clinique, une transition souvent insensible et qu'il y aurait cependant le plus grand intérêt à saisir.

Le mémoire que M. le Dr Gillette a lu devant vous n'est pas de nature à diminuer cette difficulté ; notre confrère appelle, au contraire, l'attention sur une maladie articulaire ou plutôt péri-articulaire qui ajoute encore aux obcurités dont je viens de parler.

L'une des observations qui ont servi de base à l'intéressant travail de M. Gillette a été prise dans mon service, et la relation succincte de ce fait vous donnera, je pense, une idée suffisante de l'ostéo-sarcome articulaire, de sa marche et des difficultés presque insurmontables que présente le diagnostic, au moins au début.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans 1/2 qui entra en août 1873 dans le service de M. Siredey, et que notre collègue considéra d'abord comme atteinte de rhumatisme. Il appliqua des vésicatoires volants. Survint bientôt du gonflement, que l'on combattit par des badigeonnages de teinture d'iode, etc. Je vis un peu plus tard la malade avec M. Siredey et je ne doutai pas un instant que nous n'eussions affaire à une tumeur blanche du genou, à une synovite fongueuse, avec périostose très-marquée de l'extrémité inférieure du fémur. Un appareil ouaté silicaté fut appliqué méthodiquement. A ma grande surprise, l'état de la malade, loin de s'améliorer, s'aggrava de plus en plus. L'appareil fut enlevé, la tumeur avait notablement augmenté de volume et c'est alors seulement que je portai le véritable diagnostic de sarcome du fémur.

J'amputai la cuisse, le 3 décembre, 8 mois environ après le début de la maladie. L'enfant guérit, mais pour succomber deux mois plus tard à une généralisation viscérale.

M. Gillette a rassemblé 15 cas qui offrent avec le précédent la plus grande analogie. Il a fait suivre cet exposé de considérations fort judicieuses, ayant pour but de mettre le praticien sur la voie du diagnostic.

L'âge du sujet n'apporte que peu de lumière, car si l'ostéo-sarcome a été le plus souvent observé dans la jeunesse, c'est aussi l'époque la plus favorable au développement des tumeurs blanches.

Il en est de même de la constitution.

Mais il est un certain nombre de phénomènes qui peuvent faire soupçonner l'existence de la maladie à une période avancée. Et d'abord la marche rapide et continue de l'affection, ensuite l'intégrité des surfaces articulaires, qui sont en général respectées par le sarcome, en sorte que les mouvements de la jointure sont possibles et non douloureux. De plus, vous savez, Messieurs, combien le repos et l'immobilisation du membre dans une bonne position, combien l'application des bandages ouatés soulagent rapidement les malades affectés d'arthrite ou de tumeur blanche.

Or, dans le cas d'ostéo-sarcome, les malades ne retirent aucun bénéfice de ce mode de traitement ; au contraire, la douleur est exaspérée, car la tumeur continue à s'accroître. Je considère ce fait comme l'un des meilleurs signes diagnostiques.

Quant au traitement, je partage l'avis de M. Gillette, qui conseille d'amputer le plus haut possible et dans le plus bref délai.

Tel est, en résumé, Messieurs, le mémoire très-intéressant et très-instructif que M. le Dr Gillette a lu devant vous et dont je partage toutes les idées.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler tous les titres que possède M. Gillette pour faire partie de notre compagnie. En conséquence je vous propose :

1° De lui donner un rang honorable parmi les candidats à la place de membre titulaire ;

2° De renvoyer ses diverses communications au comité de publication.

Discussion.

M. Trélat. Au sujet du diagnostic de l'ostéo-sarcome, je crois devoir rappeler deux faits de mon observation personnelle. Le premier, remontant à trois ans environ, est relatif à une femme atteinte d'une affection de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Je diagnostiquai une tumeur fibro-plastique de l'extrémité inférieure du péroné et je pratiquai l'amputation. La malade guérit. Deux signes m'avaient servi à établir le diagnostic : c'était, d'une part, l'intégrité des surfaces articulaires, ou plutôt de la région articulaire, constatée par l'exploration de l'interstice et confirmée par l'étude des mouvements restés libres ; d'autre part, l'écartement ou diastasis des deux os de la jambe, une sorte de pseudo-luxation pathologique.

Le second cas, observé également par MM. Cruveilhier et Panas, et mentionné dans le mémoire de M. Gillette, est celui d'un homme de 27 à 28 ans, qui se présenta à moi, il y a deux ans, pour une affection du coude, que je diagnostlquai être un sarcome des os, bien que la déformation fût à peine sensible et la gêne peu marquée. Mais le cubitus était écarté du radius, l'articulation était libre et la gêne des mouvements purement mécanique. Pour satisfaire le malade, j'appliquai un appareil inamovible. Après cinq jours à peine, je constatai déjà l'apparition de bosselures sous la peau. Je proposai l'amputation au malade, qui la refusa péremptoirement et quitta l'hôpital. Les progrès du mal le forcèrent bientôt d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, où diverses médications furent mises en usage sans succès. Il se décida enfin au sacrifice du membre malade, et l'amputation fut pratiquée par M. Panas. L'examen de la pièce confirma le diagnostic que j'avais porté à une époque peu avancée du développement de la maladie. Il semble que les segments de membre renfermant deux os, la jambe et l'avant-bras, soient plus particulièrement exposés à devenir le siége des ostéo-sarcomes, et cette circonstance, qui donne lieu au signe dont j'ai parlé, doit être prise en considération pour établir le diagnostic.

M. Duplay. Sur une jeune femme de 18 à 20 ans, j'ai observé un ostéo-sarcome du calcanéum, qui avait été pris pendant quelque temps pour une ostéite fongueuse. Je fis l'amputation de la jambe au lieu d'élection, c'est-à-dire très-loin du mal, et malgré cette précaution, il se produisit une récidive dans le moignon et la malade vint mourir dans mon service.

M. Guyon. J'ai observé un fait analogue. Un jeune adolescent portait un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur: je fis la désarticulation coxo-fémorale. Le canal médullaire renfermait un noyau sarcomateux dans son tiers inférieur ; un autre, du volume d'une noisette, était contenu dans la tête du fémur; l'os était donc envahi en totalité et la désarticulation était seule possible. Le malade guérit de l'opération; mais il mourut six mois plus tard d'une récidive du sarcome dans le moignon et dans les poumons.

M. Duplay n'a trouvé aucune lésion dans le tibia de son malade.

Les conclusions du rapport de M. Tillaux sont adoptées.

Communication.

M. Abadie donne lecture d'un travail sur l'*atrophie des nerfs optiques dans le mal de Pott.*

(Commissaires: MM. Panas, Giraud-Teulon et Terrier).

Présentation de pièce.

M. Desprès présente une tumeur du testicule, au sujet de laquelle il donne les détails suivants :

Adénome du testicule.

Je cherchais depuis longtemps une pièce qui me permît de montrer une variété de tumeur du testicule à laquelle le nom d'adénome convînt. Toutes les glandes sont susceptibles de présenter cette variété de tumeur, la glande mammaire, les glandes salivaires, les glandes sudoripares, la glande thyroïde, les glandes du voile du palais; vous vous rappelez le remarquable exemple que je vous en ai présenté. Les maladies kystiques du testicule, connues depuis A. Cooper, ont été considérées par les chirurgiens anglais comme des cancers ; puis on est revenu à une autre idée : on a fait des kystes du testicule une maladie spéciale. M. Conches [1], dans son mémoire sur la maladie kystique du testicule, a fait des maladies

[1] Conches, *Mal. kystique du testicule;* Lyon, 1865.

kystiques du testicule des chondromes ou des cancers, et cette opinion n'a pas été combattue sérieusement.

Voici un testicule que j'ai enlevé le 4 août dernier, chez un homme de 58 ans, qui portait cette tumeur depuis 6 ans au moins ; le mal était entièrement indolent. La tumeur que vous voyez pesait 3 kil. 400 gr.; avec le liquide qui était contenu dans la tunique vaginale et pouvait être évalué à 400 grammes, la tumeur pesait environ 4 kilogrammes. C'est la tumeur du testicule la plus grosse que j'aie vu enlever et que j'ai enlevée. Sur ce point elle est très-remarquable. Le diagnostic, je le dis en passant, ne fut pas difficile; on sentait, en palpant le scrotum, une tumeur bosselée au milieu et une couche de liquide que l'on déprimait facilement pour arriver sur les bosselures caractéristiques de la tumeur.

La tumeur est formée d'une quantité considérable de loges, contenant un liquide séreux et des masses fongueuses infiltrées, formées de filaments ramifiés et au milieu desquels on trouve des noyaux d'un tissu gras, désigné autrefois sous le nom de matière phymatoïde et que l'on reconnaît être aujourd'hui des métamorphoses d'épanchements sanguins. Les kystes sont isolés les uns des autres par un tissu fibreux dense.

A l'examen histologique, on trouve les cloisons fibreuses composées de tissu fibreux pur, sans mélange d'aucun autre tissu ; les franges étaient constituées par des éléments fibro-plastiques figurés et des éléments gras ; les parties ramollies des franges contenaient de grosses cellules à noyau opaques, chargées de granulations graisseuses en très-grande abondance.

J'insisterai sur deux points pour rapprocher cliniquement cette tumeur des adénomes de la mamelle : 1° la longue durée du mal (6 ans), son indolence et son volume excessif; 2° les caractères anatomiques et histologiques de la tumeur, qui sont ceux des adénomes, et qu'on retrouve aussi dans les kystes multiloculaires de l'ovaire.

Cette tumeur récidivera-t-elle? Cela est possible. Mais, en supposant même qu'elle récidive, je ne repousserai pas la dénomination d'adénome. En effet, nous savons tous que des adénomes mammaires, après être restés 10 ans stationnaires, prennent subitement un grand accroissement, et, après avoir été enlevés, récidivent à l'état de cancer. Je me hâte de dire ici que je ne veux pas trancher la question de la métamorphose des tumeurs bénignes. (L'observation du malade sera déposée à la Société anatomique.)

L'opération a été faite sans ligature du cordon ; je crois cette précaution inutile. Le mieux est de lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les divise. C'est ce que j'ai fait chez ce malade et les suites de l'opération ont été heureuses, sauf que pendant 8 jours

le malade, qui avait été difficile à endormir, a eu des vomissements chloroformiques.

Discussion.

M. Terrier. Il n'est pas possible d'admettre cette métamorphose dont parle M. Desprès, des tumeurs bénignes en tumeurs malignes. Les tumeurs de cette nature ont été examinées et décrites parfaitement, entre autres par M. Malassez; elles ressemblent beaucoup aux kystes multiloculaires de l'ovaire. On y trouve des cellules épithéliales spéciales, des cellules vibratiles, caliciformes, qui ne se voient pas ailleurs. Quelquefois il s'y mêle de l'enchondrome, ce qui peut leur donner un certain degré de malignité.

M. Trélat critique le nom d'*adénome* donné par M. Desprès à cette tumeur, qui n'a rien qui rappelle une simple hypertrophie glandulaire. Quant au procédé opératoire, M. Trélat, ayant eu à enlever aujourd'hui même un sarcocèle volumineux, procéda de la manière suivante : après avoir incisé les téguments, M. Trélat expulsa la tumeur de ses enveloppes, comme on chasse un noyau de cerise entre les doigts ; il coupa ensuite le pédicule avec l'anse du galvano-cautère. La tumeur enlevée, le scrotum se rétracta fortement; un peu d'eau de Pagliari fut portée dans sa cavité avant que l'on complétât le pansement. Il est difficile d'imaginer quelque chose de plus simple.

M. Larrey. Il se présente assez fréquemment des sarcomes, des cancers du testicule qui offrent un développement égal à celui qu'a atteint la tumeur de M. Desprès. Quant à la ligature en masse du cordon, depuis longtemps elle a été critiquée, et mon père recommandait expressément de lier successivement les vaisseaux isolés. Il considérait même la ligature en masse comme prédisposant au tétanos, et en fait, dans une des observations de M. Oré, nous voyons un malade atteint de tétanos chez lequel cette ligature en masse avait été pratiquée.

M. Le Fort. Il n'est pas exact de dire que personne aujourd'hui ne fait plus la ligature en masse du cordon, attendu que je la mets en usage dans toutes mes opérations de castration, et cela sans inconvénient. Mais il faut, dans ce cas, exercer une constriction extrêmement forte.

M. Desprès. Je repondrai à M. Terrier que j'ai constaté aussi la ressemblance entre les kystes multiloculaires de l'ovaire et cette maladie kystique du testicule, et que, pour moi, certains kystes mul-

tiloculaires de l'ovaire sont des adénomes de l'ovaire. A M. Trélat je dirai que le groupe des adénomes glandulaires est tellement net, tellement tranché que ce groupe doit être conservé et même étendu. Enfin la ligature en masse du cordon, qui trouve ici des défenseurs, ne me paraît pas plus logique que la ligature en masse d'un paquet vasculaire après une amputation. J'ai vu Velpeau faire trois fois la ligature en masse du cordon, et deux fois les malades sont morts. Jusqu'à ce jour, je n'ai jamais lié en masse le cordon, j'ai lié les vaisseaux à mesure que je les divisais, et je n'ai eu ni morts ni hémorrhagies.

Présentation de malade.

M. Guyon présente un malade portant une *tumeur de l'orbite droite*, et demande l'avis des membres de la Société sur la nature de cette tumeur et sur l'opportunité d'une opération.

M. Perrin. La tumeur, de forme sphérique, est mamelonnée, de consistance fibreuse, mais inégale, comme les tumeurs enchondromateuses. Mais en raison de son siége, je crois qu'il s'agit d'un sarcome avec prédominance fibreuse. J'ai observé cette année deux tumeurs qui avaient exactement le même siége; je pratiquai l'extirpation et la guérison eut lieu. Dans un cas, je fus obligé de vider complétement l'orbite; j'enlevai même la paroi supérieure de cette cavité, avec une portion des méninges et du cerveau; néanmoins la guérison, fut rapide comme dans l'autre cas; mais il y eut une récidive sur place, et le malade succomba à des accidents cérébraux, avec des abcès dans le cerveau.

M. Desprès. Je crois qu'il s'agit ici d'une exostose dont l'origine est plus ancienne que ne le dit le malade, et que la substance osseuse est recouverte de mamelons cartilagineux. Ces tumeurs, analogues à celles que j'ai eu l'occasion de présenter à la Société, se développent en général dans la paroi supérieure de l'orbite, et doivent être enlevées de bonne heure, puisqu'elles finissent par compromettre l'œil. Ce n'est que très-tard qu'elles pénètrent dans le crâne.

M. Guyon. Ceux de nos collègues qui ont examiné la tumeur sont divisés sur la question du traitement. Le malade souffre, il dort peu, la tumeur s'accroît régulièrement; elle a l'apparence d'un enchondrome, mais les productions de cette nature n'ont pas été vues dans l'orbite. C'est peut-être une exostose couverte de cartilage et développée dans l'épaisseur du rebord orbitaire. S'étend-elle dans

le crâne? Il est impossible de le savoir. Dans un cas analogue, M. Panas plongea une aiguille à acupuncture dans la masse morbide et pénétra dans la cavité crânienne. Cette piqûre ne fut point suivie d'accidents. Chez mon malade, la tumeur me paraît légèrement mobile, ce qui me fait pencher pour une intervention. Mais je ne me déciderai que suivant les circonstances.

La séance est levée à 5 heures 3 minutes.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 3 novembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Un mémoire pour le prix Gerdy, avec l'épigraphe suivant : *Adhuc sub judice lis est.* Un mémoire pour le prix Laborie, avec l'épigraphe suivant : *Mingere aut mori.* Un mémoire de M. Georges Otis sur : *le Transport des blessés de guerre.*

Rapports.

1. M. Guyon fait un rapport verbal sur la proposition de M. Larrey, tendant à conférer l'honorariat à M. le professeur Ehrmann, de Strasbourg. Cette proposition, appuyée par vingt-deux membres de la Société et conforme à l'article 9 des statuts, est votée à l'unanimité.

2. M. Desprès présente un rapport verbal sur cinq observations de luxation envoyées par le Dr Bertin, de Gray. Conformément aux conclusions du rapporteur, la Société vote des remerciements à M. Bertin, l'insertion dans le *Bulletin* de deux de ses observations relatives, l'une à une luxation complète du tibia en avant, l'autre à une luxation complète de l'astragale en haut et en dedans, et le dépôt des autres aux archives.

Lecture.

M. Denucé, membre correspondant, donne lecture de l'observation suivante :

Anévrysme de l'artère tibiale antérieure à la partie inférieure de la jambe.—Traitement par l'injection au perchlorure de fer.—Guérison.

Obs.— M. R..., qui fait le sujet de cette observation, est un homme de 45 ans, fort, actif, jouissant d'une excellente santé, qui éprouva, il y a trois ans environ, une entorse du pied droit. Il fit un très-violent effort pour se retenir dans la chute qui amena cette entorse, et ressentit une douleur très-vive sur la face antérieure du cou-de-pied. Cette entorse fut suivie d'un gonflement considérable, et quand celui-ci se dissipa, il resta sur la face antérieure externe du cou-de-pied une petite tumeur pulsatile de la grosseur d'un pois. Cette tumeur augmenta sensiblement de volume et revêtit tous les caractères de l'anévrysme.

Lorsque j'eus, en effet, l'occasion de voir le malade, vers le mois de juin 1874, je constatai sur le point que j'ai indiqué la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noisette. Cette tumeur offrait des battements très-sensibles. En cherchant attentivement avec les doigts l'extrémité inférieure de la tibiale, on la rencontrait un peu au-dessus de la tumeur; l'artère avait des pulsations assez prononcées, beaucoup plus que du côté opposé. Elle était facile à saisir et on pouvait la comprimer contre le tibia. A ce moment, les battements de la tumeur disparaissaient, puis, au bout d'un moment, reparaissaient graduellement, tout en restant plus faibles. Lorsque, dans ces condition, son mettait un autre doigt sur la pédieuse, on arrêtait complétement les battements. A l'auscultation, on saisissait un léger bruit de souffle, et par la compression directe on réduisait à peu près complétement la tumeur.

M. R... est un homme pusillanime. Il redoutait toute opération et me supplia de faire tous mes efforts pour le guérir par la compression, moyen dont je lui avais parlé comme m'ayant donné plusieurs beaux succès.

J'essayai d'abord, en effet, la *compression digitale.* La compression fut exécutée par un certain nombre d'élèves en médecine qui se relayaient et qui purent la continuer pendant une dizaine de jours. Je dois dire qu'au bout de 8 à 10 heures, la compression déterminait une douleur qui devenait intolérable; aussi, après les premières 24 heures, je me résolus à ne l'employer que pendant la journée. La compression était faite par deux aides à la fois, l'un comprimant la tibiale antérieure, l'autre comprimant la pédieuse. Le soir venu, la compression digitale était remplacée par une compression fixe faite à l'aide de rondelles d'agaric graduées.

Les premiers jours de ce traitement semblèrent donner ou au moins promettre de bons résultats. Les pulsations s'arrêtaient, la tumeur durcissait, et à plusieurs reprises je crus avoir obtenu la fixation des caillots.

Mais bientôt j'étais détrompé et les battements reparaissaient; même au bout de deux ou trois jours, malgré la compression la plus exacte, ils ne cessaient plus complétement, la circulation s'était créé une nouvelle voie collatérale.

Après huit à dix jours, je pus me convaincre que je n'obtiendrais pas la guérison par la compression digitale ; mais comme, en somme, il se faisait un travail d'induration très-manifeste dans la tumeur, je remplaçai les doigts des aides par un appareil mécanique, une sorte de gouttière de la jambe et du pied munie de deux pelotes qui pouvaient comprimer exactement les deux vaisseaux. J'espérais ainsi obtenir une de ces guérisons lentes par la compression, si souvent obtenues dans l'école irlandaise.

Le malade garda cet appareil près de cinq semaines. La tumeur me paraissait plus dure, et j'étais plein d'espoir, lorsqu'un jour, par un excès de zèle, le malade serra trop vigoureusement la pelote qui comprimait la tibiale. Il en résulta une phlyctène, puis une petite inflammation de la peau, et, comme on ne pouvait saisir l'artère en aucun autre point, il devint impossible de maintenir la compression.

Je me décidai alors à employer l'injection au perchlorure de fer. Le malade, de guerre lasse, consentit à l'opération. Voici comment je l'exécutai. Je pris une petite seringue de Pravaz, modèle Luer, très-exacte, je la chargeai d'une solution de perchlorure de fer à 15° seulement ; puis, ayant fait préalablement comprimer par deux aides l'artère tibiale et l'artère pédieuse, je m'armai d'une petite canule-aiguille très-acérée et séparée de la seringue ; je l'enfonçai doucement dans la tumeur, après avoir légèrement dévié la peau. La tumeur était fort différente de ce qu'elle était dans le principe ; elle battait encore, mais moins énergiquement; quand les battements étaient arrêtés, elle paraissait très-dure, et quand on la comprimait directement, elle ne se réduisait plus complétement, elle restait épaisse sous le doigt. Il était évident qu'un travail de formation de caillots s'était accompli pendant la première période du traitement. L'aiguille, conduite avec beaucoup de ménagement, traversa d'abord cette couche de caillots sans donner de sang. Je la poussai plus loin, bien résolu à ne faire l'injection que lorsque l'arrivée du sang m'aurait averti que cette couche de caillots était traversée et que j'arrivais dans la portion encore libre du sac anévrysmal. Ce point bien assuré, j'ajustai la seringue à la canule et j'injectai exactement 7 gouttes de perchlorure de fer à 15° ; deux gouttes durent rester dans la canule et cinq gouttes environ pénétrèrent dans le sac anévrysmal.

L'injection fut immédiatement suivie d'un phénomène assez étrange. Le malade ressentit immédiatement une sorte de crampe dans tous les orteils, et l'extrémité du pied prit une teinte de rougeur subite analogue à celle d'une joue qui rougit. Ces phénomènes, du reste, furent passagers ; la crampe et la douleur disparurent graduellement, mais rapidement. Au bout de dix minutes je fis cesser la compression de l'artère tibiale : les battements avaient complétement et définitivement cessé dans la tumeur. Je remplaçai la compression digitale de la tibiale

et de la pédieuse par une compression directe, que je maintins encore pendant quelques jours.

Les suites de l'opération furent d'une simplicité extrême. Aucune douleur, aucune rougeur, ni sur la tumeur, ni sur le pied ; aucun phénomène d'inflammation. L'anévrysme était guéri, et le malade ne pouvait comprendre, après avoir subi, un peu par sa faute, un traitement si long et suivi d'un succès si peu apparent, que sa maladie ait pu guérir ainsi presque en une minute et comme par enchantement.

Je dois avouer, toutefois, que le malade conserva longtemps une certaine faiblesse dans la jambe, qu'il eut une certaine peine à se remettre à marcher, et que, quand il commença à marcher, une sorte d'inflammation tardive se manifesta au gros orteil, qui devint rouge, un peu congestionné, et qui eut une onyxis à marche lente, presque chronique, terminée par la chute de l'ongle.

J'ai revu le malade plusieurs fois depuis son opération. La guérison ne s'est pas démentie, la tumeur a diminué graduellement de volume, et aujourd'hui on sent à peine une légère induration profonde, sans saillie sensible au point où elle existait.

Je ne ferai ressortir dans cette opération que deux points qui ont surtout attiré mon attention.

D'abord, au moment même de l'injection, cette crampe douloureuse, cette rougeur subite qui se sont manifestées à l'extrémité du pied. Je ne doute pas qu'un peu de sang altéré par l'injection ait pénétré jusque dans le réseau capillaire artériel de l'extrémité du pied, probablement par l'intermédiaire des voies anastomotiques nouvelles qui s'étaient établies après quelques jours de compression de la tibiale et de la pédieuse. Si cette pénétration eût été plus considérable, elle eût certainement constitué des embolies diffuses, et aurait pu amener un sphacèle plus ou moins étendu de l'extrémité des orteils. Il faut donc, avec le plus grand soin, dans ce genre d'opération, rechercher et comprimer les vaisseaux afférents de la tumeur anévrysmale.

D'autre part, il me paraît certain que la production préalable de caillots actifs ou passifs déterminée par la compression si longtemps continuée sur mon malade a contribué à faciliter les effets coagulants de l'injection et à atténuer les phénomènes inflammatoires qui auraient pu être la conséquence de l'introduction dans le sang d'un liquide chimiquement actif comme le perchlorure de fer liquide. Sous ce rapport, je crois donc extrêmement utile de faire précéder les opérations par injection d'une compression assez énergique et assez prolongée pour constituer ces caillots précurseurs.

En combinant ces deux ordres de considérations, on arrivera à formuler les préceptes suivants, qu'il me paraît capital de suivre

quand on veut traiter un anévrysme par l'injection au perchlorure de fer.

I. Ces injections ne doivent être tentées que sur les anévrysmes dans lesquels on peut faire simultanément la compression artérielle au-dessus et au-dessous du sac, de manière à immobiliser le sang dans le sac anévrysmal.

II. Ces compressions devront être faites et continuées pendant quelques jours avant l'opération, assez longtemps pour amener la production de caillots précurseurs, pas assez longtemps pour établir une circulation collatérale réelle.

III. Au moment de l'opération, ces compressions devront être faites avec le plus grand soin et continuées pendant assez longtemps pour arriver à la formation du caillot définitif.

Discussion.

M. Verneuil. Les conclusions de la communication de M. Denucé sont analogues à celles que j'ai tirées moi-même de deux essais que j'ai faits du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes, et dont les observations seront publiées dans ce bulletin.

M. Giraldès. La formation et le degré de consistance des caillots sont en rapport avec le degré de concentration du perchlorure injecté. Si M. Denucé avait fait usage d'une solution plus concentrée, il n'aurait pas vu se produire les accidents qu'il a observés. A 15 degrés le perchlorure coagule à peine le sang; il ne produit que des masses sanguines infiltrées de petits caillots qui sont facilement poussés dans les artères. Pour avoir un caillot consistant, il faut se servir de perchlorure à 25 ou 30 degrés.

M. Denucé. Je ferai remarquer qu'il n'y a pas eu chez mon malade d'accident proprement dit, mais seulement de la douleur. Immédiatement après l'injection, la tumeur durcit complétement et la guérison fut définitive. Si je ne me sers plus de la solution à 30 degrés, c'est qu'elle a déterminé, dans des cas de varices, de tumeurs érectiles où je l'ai employée, des accidents inflammatoires que je veux éviter.

M. Tillaux. Comment M. Denucé s'y est-il pris pour comprimer la tibiale antérieure, artère placée profondément? Pour interrompre la circulation chez un étudiant en médecine que j'ai soigné l'an der-

nier, je me suis servi du tube en caouchouc d'Esmarch, et pour circonscrire la tumeur, j'ai fait usage de la pince fabriquée dans ce but par MM. Robert et Colin, et qui remplit très-bien l'indication. L'injection de la tumeur, qui siégeait également dans la paume de la main, donna lieu à une vive douleur et à la paralysie du nerf collatéral externe de l'index, probablement par suite de la compression exercée sur ce nerf par la tumeur solidifiée.

M. Verneuil. En se servant du tube de caoutchouc, on risque de laisser trop de sang en contact avec le liquide coagulateur, dont la quantité injectée doit être en rapport avec la capacité du sac, isolé du reste du vaisseau.

M. Giraldès. Le perchlorure à 30° n'est pas caustique ; plus dilué, il n'est ni sûr ni précis dans ses résultats.

M. Le Fort. Le résultat heureux obtenu par M. Denucé pourrait engager les praticiens à recourir à la méthode des injections dans tous les cas d'anévrysme. Or, il faut savoir que cette méthode, appliquée à des anévrysmes des troncs principaux des membres, n'a donné que des résultats déplorables, et qu'elle n'a procuré de succès que dans les cas d'anévrysme des collatérales et des artères secondaires, comme la fessière, l'ischiatique, les artères de la main, les anévrysmes cirsoïdes.

M. Denucé. L'artère tibiale antérieure du côté malade était dilatée considérablement et pouvait facilement être comprimée à la partie inférieure de la jambe. La solution à 15° me paraît moins dangereuse que celle à 30°. Je ne conseille les injections de perchlorure que lorque l'anévrysme est peu volumineux et siége sur une artère qu'on peut comprimer au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Nomination des commissions des prix Laborie et Gerdy.

Sont nommés commissaires au scrutin :

Pour le prix Laborie, MM. Perrin, Terrier, Nicaise, Verneuil et Ledentu.

Pour le prix Gerdy : MM. Broca, Guérin, Le Fort, Trélat et Polaillon.

Nomination d'un membre honoraire.

La Société vote ensuite sur la demande de M. Blot. A l'unanimité des membres présents, M. Blot est nommé membre honoraire.

Communication.

M. Th. Anger donne lecture d'une note sur le *traitement des kystes à contenu muqueux par les injections de chlorure de zinc.* (Commissaires : MM. Ledentu, Horteloup et Terrier.)

Présentation de pièces.

M. Tillaux présente un cœur d'une femme dont il raconte ainsi l'observation :

H. M..., 31 ans, est apportée à l'hôpital le 7 octobre, au soir, dans un état d'agitation extrême et même de délire ; elle vient de recevoir deux coups de révolver dans la poitrine, au moment où le bras droit était levé. Elle a perdu complétement connaissance au moment de l'accident. La blessée est en proie à une dyspnée intense, que calme de temps en temps le rejet par les plaies, à la suite d'efforts de toux, de flots de sang et de caillots. Pas d'hémoptysies ; le pouls est filiforme ; rien au cœur. On applique un pansement par compression.

8 octobre. La peau présente deux solutions de continuité, toutes deux situées dans le premier espace intercostal droit, l'une à un centimètre environ du sternum, l'autre un peu en dehors de la mamelle. La respiration est fréquente, brève, la malade se plaint amèrement d'une douleur vive occupant un point de la région dorsale diamétralement opposé à la plaie la plus interne ; expectoration de quelques crachats sanguinolents. A *la percussion :* sonorité exagérée dans la moitié supérieure du poumon droit, matité dans la moitié inférieure. A l'*auscultation :* souffle amphorique et résonnance amphorique de la voix à droite. Temp. axill. 39°,4.

Diagnostic. Plaies pénétrantes de poitrine, causées par deux balles et compliquées d'hémo-pneumo-thorax.

Traitement. Ventouses sèches.

10 octobre. Matité dans presque toute l'étendue du poumon droit, mélange de souffle tubaire et de souffle amphorique ; celui-ci ne s'entend bien qu'à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse ; râles sous-crépitants fins dans la moitié supérieure du poumon. La voix est chevrotante. Temp. 39°,6. On est en droit de penser, d'après ces signes, qu'il s'est fait de la pneumonie autour des corps étrangers restés dans le poumon, et que le sang et l'air épanchés dans la plèvre ont déterminé l'inflammation de celle-ci.

Traitement. Large vésicatoire en arrière.

12 octobre. Douleurs ressemblant à un accès de colique hépatique et teint subictérique des conjonctives.

14. Forte dyspnée, douleurs assez vives dans le côté droit, l'épanchement pleurétique n'a pas augmenté.

M. Tillaux croit qu'on doit rapporter la gêne respiratoire à la fièvre et au travail inflammatoire qui se fait dans le poumon, plutôt qu'à une cause mécanique. M. Siredey, appelé en consultation, se range absolument à cette opinion et ne croit pas à l'opportunité de la thoracentèse. M. Siredey ausculte le cœur.

Traitement. Potion de Todd ; 2 gr. de teint. de digitale ; vésicatoires, ventouses sèches.

Les jours suivants, on observe des alternatives d'augmentation et de diminution dans l'acuité des phénomènes dyspnéiques, mais la température reste toujours élevée et oscille entre 40 et 41°.

21. La malade est véritablement anhélante. Absence complète du murmure vésiculaire et du souffle dans la fosse sous-épineuse, matité dans les points correspondants, bruit de Skoda dans la fosse sus-épineuse. M. Panas, consulté en l'absence de M. Tillaux, conseille la thoracentèse. Une ponction faite dans le huitième espace intercostal avec l'appareil Potain donne issue à 530 grammes d'un liquide sanglant, où le microscope fait voir de nombreux globules de pus. Le lendemain, M. Panas pratique l'empyème dans le huitième espace et en arrière. Rien ne s'écoule après l'incision de la plèvre ; le chirurgien introduit le doigt dans la plaie et sent comme des fausses membranes qui limitent de toutes parts la poche sur laquelle on est tombé. Ponction, séance tenante, avec un trocart capillaire dans le septième espace ; on retire plus d'un litre de liquide sanglant.

Amélioration dans l'état général les deux jours qui suivent; mais le 25, la température monte à 41°, la peau a une teinte terreuse, le corps est couvert de sueur, le pouls est irrégulier, filiforme. M. Tillaux, après avoir retiré un peu de liquide purulent par une ponction capillaire, pratique l'empyème dans le septième espace intercostal; il ne sort que très-peu de liquide. Mort dans la journée.

27. *Autopsie*. Le sternum étant enlevé, on peut reconnaître, en faisant pénétrer le doigt par l'incision du premier empyème, que l'on arrive dans une poche séparée par une cloison d'une autre poche où conduit l'incision du second empyème. Cette cloison n'est autre chose que le diaphragme, et la première poche est creusée aux dépens du tissu hépatique, qui est réduit en bouillie à ce niveau. On retrouve là, sous la plèvre et au-dessus du bord postérieur du foie, une balle qui est comme cannelée.

On ne trouve, en incisant les poumons, aucune trace du trajet

fait par le projectile. Le poumon droit est surtout congestionné, la plèvre est tapissée de fausses membranes.

La face interne de la septième côte est dépouillée de son périoste en un point de sa portion postérieure. Le péricarde renferme de 8 à 900 grammes d'un liquide un peu louche, mais non sanguinolent. Les deux feuillets de cette membrane sont recouverts d'exsudats fibrineux faciles à détacher. Le ventricule gauche étant incisé par sa face antérieure, on remarque à la face postérieure de la cavité ventriculaire, entre les origines des deux piliers de la valvule mitrale, une végétation jaunâtre, grenue, qui s'ouvre d'elle-même et laisse voir la seconde balle, dont l'extrémité conique regarde la pointe du cœur. Cette balle, parfaitement lisse, dont le diamètre mesure 7 millimètres, est comme couchée dans un véritable petit nid de fibrine. A la face postérieure du cœur, cicatrice linéaire un peu au-dessus du point qui correspond au siége de la balle. Sur ces données, on peut presque avec certitude rétablir le trajet des balles de la façon suivante :

Celle qui a pénétré près du sternum a traversé le poumon droit de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'à la septième côte, qui l'a creusée d'une gouttière et renvoyée par ricochet vers le foie.

L'autre balle est venue traverser la face postérieure du cœur par suite de son trajet oblique de haut en bas et de droite à gauche. Pendant les dix-huit jours qui se sont écoulés depuis l'accident jusqu'à la mort, jamais la malade n'a eu de lipothymies, jamais non plus elle ne s'est plainte soit de battements de cœur, soit d'oppression précordiale. Enfin, l'auscultation du cœur, pratiquée le 14 par M. Siredey, n'a révélé aucun trouble appréciable dans le rhythme ou dans l'énergie des battements.

M. Le Fort fait observer que la balle séjournant dans le ventricule n'a donné lieu à aucune production de caillots.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

Observations de luxations.

Par le Dr Bertin, de Gray.

I. — Luxation complète du tibia en avant.

Obs. — M. M..., 62 ans, cultivateur, fort bien conservé, essayant de monter sur sa voiture, mit le pied sur la roue. Le cheval marcha, la roue tourna et le pied, perdant son point d'appui, tomba. Le moyeu vint alors butter contre la partie inférieure et antérieure de la cuisse et renversa M..., qui entendit distinctement un craquement dans le

genou. M. Volette, son médecin, appelé, trouva une forte ecchymose de toute la région, avec épaississement du genou et raccourcissement de la jambe. Les mouvements, douloureux, étaient très-faciles, et il y avait une sorte de crépitation. Il crut à une fracture avec complication dans l'articulation et me fit demander.

Arrivé le lendemain, 3 mars 1873, je trouve le malade couché sur le dos, la jambe raccourcie de près de 5 centimètres. Le genou est volumineux, et une vaste ecchymose s'étend sur presque toute la jambe. En examinant attentivement le siége de la lésion, je constate qu'il n'existe pas de fracture du tibia ni du fémur, mais que le tibia est passé en avant des condyles, qu'il est coiffé par la rotule et le ligament rotulien, pendant que l'extrémité inférieure du fémur est passée en arrière des tubérosités du tibia et est descendue dans le mollet, où en sent manifestement les condyles. Il y a un peu de crépitation, due probablement au frottement des os dénudés à leur point de contact. Les mouvements, très-douloureux, sont possibles et on peut exagérer l'extension du genou, ce qui fait saillir en arrière les deux condyles et permet de constater facilement qu'il n'y a pas de fracture.

La réduction fut facile: l'extension fut faite lentement et graduellement pendant que, les pouces appuyés sur l'extrémité supérieure du tibia ou plutôt sur la rotule couchée à plat sur les tubérosités tibiales, je tirais les condyles fémoraux avec les deux mains. Un craquement, une secousse et l'allongement du membre, qui reprit ses dimensions normales, indiquèrent la réduction.

Une bande roulée, imbibée d'eau blanche, fut appliquée depuis le pied. Huit jours après, quelques mouvements furent exécutés, et un mois plus tard, le malade marchait à peu près bien.

II. — Luxation incomplète de l'astragale en haut et en dehors. (Luxation en dedans et en bas du reste du pied sur l'astragale. — Luxation sous-astragalienne.) — Gangrène de la peau ; abcès gangréneux consécutif. — Guérison complète.

Obs. Le 2 juin 1874 j'étais demandé à Monturens pour un accident de voiture. La dame G..., âgée de 46 ans, brune, sèche, très-forte, était sur une voiture à sept heures du soir, et allait avec son mari chercher du fourrage. Les bœufs s'emportèrent, et la dame G..., gagnant le derrière de la voiture, se laissa glisser pour descendre. Bientôt ses pieds touchèrent le sol; mais dans la vitesse de la course, le bout du pied droit butta contre un obstacle et se tourna en dedans.

La douleur fut tellement vive que la dame G... lâcha la voiture et tomba. Relevée et rapportée chez elle, on constata une déformation considérable du pied, ce qui decida à venir me chercher. J'arrive à dix heures du soir, croyant à une fracture de la jambe ; mais je constate une luxation incomplète de l'astragale en haut et en dehors. La tête de l'os fait saillie sous la peau, en avant de la malléole externe ; le talon est porté en arrière et en dehors, la pointe du pied est déjetée en dedans ; le pied paraît raccourci, incurvé en dedans et ressemble à un

pied-bot varus. Les mouvements sont très-douloureux et le pied paraît bien fixé dans sa nouvelle position.

L'engorgement n'est pas considérable, quoique toute cette région soit violacée. Il n'y a pas de lésion des téguments. En examinant plus attentivement, je remarque que la peau est tendue, luisante, un peu blafarde sur la tête de l'astragale.

Après avoir prévenu de la gravité de l'affection, j'essaye de réduire sans chloroforme; mais la douleur est telle que je dois renoncer après de courtes tentatives. Je fais mettre le pied dans une position élevée, enveloppé de compresses imbibées d'eau blanche.

Le lendemain, à cinq heures du matin, après l'administration du chloroforme, j'essaye avec les procédés classiques d'extension et de contre-extension sans obtenir le moindre changement dans les rapports des parties. La couleur de plus en plus inquiétante de la peau sur la tête de l'astragale et son peu d'épaisseur empêchent de songer à exercer des pressions sur l'os déplacé.

Ne pouvant pousser l'astragale vers le pied, je pensai à ramener le reste du pied vers l'astragale. C'est un procédé que je mets en pratique dans la réduction de luxation et qui m'a toujours réussi : on pourrait l'appeler le *procédé de la flexion*, qui quelquefois doit être *de la flexion forcée*.

La jambe étant fléchie sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, je fais maintenir par un aide fort et intelligent qui a les mains croisées audessus de l'articulation tibio-tarsienne. Je saisis le talon dans ma main gauche et embrassant la plante du pied dans ma main droite, je fléchis le pied sur la jambe en tirant en avant et en dehors, ce qui me donnait un *mouvement de flexion et de torsion combinées.*

Je sens immédiatement que les rapports des parties changent : un fort craquement et la disparition de la difformité indiquent bientôt que la réduction est obtenue.

Une bande roulée imbibée d'eau blanche est appliquée, et le pied remis dans sa position élevée.

Le premier jour tout va bien ; mais la partie de peau qui a été soulevée par la tête de l'os, et qui a paru vouloir revenir à son état normal, prend des teintes violettes, puis noires. Une fluctuation évidente me décide à soulever l'eschare le 13, onze jours après l'accident. Un sillon d'élimination dessinant la forme de la tête de l'astragale était déjà formé.

Quatre cuillerées d'un liquide noirâtre, lie de vin, *à odeur aigre*, sortent de la plaie. J'applique un pansement à l'alcool après lavage, et on doit le renouveler trois fois par jour.

Le travail de réparation se fit assez rapidement et, un mois après l'accident, la malade pouvait marcher et exécuter tous les mouvements du pied. La plaie était cicatrisée ; cependant, sous l'influence de fatigue et de marche excessive, le pied gonfla, la peau se tendit, s'érailla même ; mais, malgré toutes ces imprudences, la plaie finit par guérir complétement.

Cette observation me paraît remarquable à plus d'un titre :

1° par la cause très-nettement reconnue : extension du pied sur la jambe, arrêt du pied contre un obstacle, continuation du mouvement du corps en avant, et, par conséquent, de la poussée du tibia sur l'astragale.

2° Gangrène de la peau, consécutive à la pression de la tête de l'os, eschare, abcès du tissu cellulaire sans pénétration dans l'articulation, et, par conséquent, sans altération des mouvements.

3° Réduction par la flexion forcée combinée avec la torsion en dehors.

Comme on l'a vu, j'essayai d'abord la réduction par les procédés classiques et sans chloroforme, mais je dus y renoncer par suite de la douleur. Avec le chloroforme, je ne fus pas plus heureux tout d'abord et j'éprouvais une résistance nette en essayant l'extension et la contre-extension. Je pensai de suite à l'opinion de Dupuytren, qui attribuait la résistance à l'enclavement du bec postérieur de l'astragale dans la rainure qui sépare les deux facettes articulaires du calcanéum. Ma conviction fut entière quand, dans les mouvements de flexion forcée, je sentis immédiatement les rapports des parties changer. En abaissant le talon pour fléchir la pointe du pied, le bec de l'astragale se dégageait de la rainure du calcanéum et permettait le glissement du pied en avant, vers l'astragale immobilisée dans sa place.

Séance du 10 novembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

De la névropathie urétrale, par le Dr Félix Bron ; — *Pathogénie et prophylaxie de la nécrose phosphorée*, par M. E. Magitot.

Une lettre de remerciements de M. Ehrmann, nommé membre honoraire.

Lecture.

M. Delens donne lecture d'une note sur l'*écoulement d'un liquide huileux dans un cas de fracture compliquée de la jambe.* (Renvoyée à la commission précédemment nommée).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit les trois observations suivantes, envoyées par le Dr Spillmann, membre correspondant à Milianah.

I. — *Deux Observations de résection traumatique de l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale.*

OBS. I. — Mouchy Ghnenassio, 11 ans, entre à l'hôpital de Milianah le 2 octobre 1874. Trois heures auparavant, il est tombé d'un mulet lancé au galop. Plaie transversale de 4 centimètres de largeur, située en dehors du tendon du biceps, un centimètre au-dessus du pli du coude, avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, fracturé suivant une ligne passant immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épithroclée et comprenant une petite portion de la cavité olécrânienne, c'est-à-dire au niveau du cartilage de conjugaison.

Après quelques tentatives infructueuses de réduction, le blessé est chloroformé. Je m'assure que le fragment inférieur n'est pas le siége d'une fracture perpendiculaire ouvrant l'articulation. Nouvelles tentatives de réduction, qui ne donnent pas un résultat complet. Puis résection d'une longueur de 43 millimètres du fragment supérieur, dont le périoste est soigneusement conservé.

Légère extension sur l'avant-bras; la cavité résultant de l'ablation de l'os est remplie avec des boulettes de charpie, et l'avant-bras placé en demi-flexion.

Pansement ouaté, avec deux attelles de zinc, l'une antérieure, l'autre postérieure; bandage silicaté avec fenêtre permettant de surveiller la plaie.

Le premier pansement est fait six jours après l'opération ; il consiste tout simplement à remplacer les boulettes de charpie imprégnées de pus ; aussitôt ce changement opéré, une épaisse couche d'ouate maintenue par une bande obture la fenêtre de l'appareil.

Ce mode de pansement est répété tous les trois jours jusqu'au 10 novembre; à cette date, la plaie donne à peine quelques gouttes de pus.

11 novembre. La consolidation est assez avancée pour permettre de remplacer l'appareil par une attelle coudée postérieure maintenue par quelques tours de bande. Tous les deux jours des mouvements méthodiques sont imprimés à l'articulation du coude pour en prévenir l'ankylose.

10 décembre. La consolidation est absolue ; suppression de tout appareil. La mensuration minutieuse des deux bras nous démontre que la régénération de l'os a été complète ; il y a même quelques millimètres de longueur en faveur du côté opéré. Les mouvements de l'articulation sont satisfaisants et, sauf un très-léger trajet fistuleux, l'enfant peut être considéré comme guéri.

Depuis le jour de l'opération jusqu'au 10 décembre, l'enfant n'a pas ressenti la moindre fièvre ; le sommeil n'a jamais été troublé ; les fonctions digestives ont été parfaites ; en un mot, la santé générale n'a ressenti aucune atteinte ni du choc traumatique, ni du choc opératoire.

Le 11 décembre. L'enfant tombe en jouant et se fait une fracture située un peu audessus de l'endroit où nous avions pratiqué la résection. Appareil inamovible semblable au précédent. Il ne survient aucune complication, mais la fistule s'agrandit et devient le siége d'une sécrétion de pus plus abondante.

10 janvier. La consolidation est complète; le cal est un peu exubérant; les mouvements de l'articulation du coude sont moins libres qu'ils ne l'étaient avant l'accident.

(Mouvements d'extension et de flexion répétés tous les jours.)

11 février. L'enfant sort de l'hôpital, présentant encore un léger trajet fistuleux, au fond duquel le stylet fait sentir l'os dénudé.

20 février. Expulsion d'un petit séquestre de la grosseur d'une lentille ; 15 jours plus tard, le trajet est définitivement fermé.

Obs. II. — Olivero (Alphonse), âgé de 6 ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital de Milianah le 2 juin 1875, présentant une fracture absolument identique à celle de Mouchy. L'enfant est tombé d'un mur de 1 mètre d'élévation.

Mêmes difficultés de réduction que dans le cas précédent ; résection de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, dans une longueur de 28 millimètres. Application du pansement déjà décrit à l'occasion de Mouchy, mais sans faire de fenêtre, espérant arriver au but par l'occlusion absolue; (bandage ouaté de M. A. Guérin, recouvert d'une bande silicatée, comme fait M. Ollier).

7 juin. Fièvre assez vive ; 9 juin, la température atteint 38°,5.

Nous nous décidons à pratiquer une fenêtre à l'appareil ; à partir de ce moment nous pansons Olivero comme nous avions pansé Mouchy. Dès lors, tout rentre dans l'ordre.

8 juillet. La fièvre se déclare de nouveau ; le 20 juillet, la température s'élève à 39°,6. L'appareil étant enlevé en totalité, nous constatons un abcès situé au côté interne du bras, abcès qui est heureusement sans communication avec le foyer de la fracture.

L'abcès incisé largement, la fièvre ne tarde pas à tomber. A la fin de juillet, l'abcès est fermé et il ne reste plus qu'une petite fistule au niveau de la plaie qui a donné passage à l'os.

La consolidation étant complète, nous commençons à imprimer des mouvements à l'articulation du coude.

10 août. La fistule est complètement fermée ; les deux humérus ont la même longueur, et l'enfant sort guéri de l'hôpital.

II. *Contracture réflexe des muscles du bras gauche, à la suite d'une chute sur le coude. — Traitement par les injections de sulfate neutre d'atropine.*

Le 11 juillet 1875, Pierre Bonnafont, jeune garçon de 13 ans, robuste, d'un tempérament sanguin, se présente à la consultation externe. Il raconte que trois jours auparavant, étant monté sur un petit âne, il est tombé sur le coude gauche et a ressenti dans tout le bras une si violente douleur qu'il a cru avoir une fracture. Rentré chez lui, ses pa-

rents couvrirent le coude de compresses froides et mirent le bras dans une écharpe.

L'articulation du coude est rouge, douloureuse, légèrement tuméfiée; l'avant-bras est en demi-flexion et l'enfant ne peut ni l'étendre ni le fléchir spontanément. Nous cherchons à faire exécuter passivement ces mouvements; mais une force très-modérée, il est vrai, ne suffit pas à les obtenir. Il n'existe ni fracture ni luxation, la difficulté des mouvements paraît due à la crainte de la douleur. (Cataplasmes arrosés d'eau blanche et repos du membre.)

2 août. Il n'existe aucune douleur spontanée, aucune rougeur, aucune tuméfaction du coude, mais l'avant-bras, alors que toute cause locale a disparu, reste en demi-flexion; le biceps et le triceps sont fermes et tendus comme des cordes.

Nous parvenons à fléchir et à étendre alternativement l'avant-bras, mais au prix d'une vive douleur. Dès que nous cessons de maintenir l'extension ou la flexion complète, l'avant-bras revient en demi-flexion. Diagnostic : *contracture réflexe.* L'enfant, au dire des parents, n'a eu ni convulsions ni aucune maladie, de quelque nature que ce fût.

3 août. Entrée du malade à l'hôpital. L'exploration du trajet des nerfs du plexus brachial, celle de la colonne vertébrale ne provoquent aucune douleur pouvant expliquer la contraction, *accident d'autant plus singulier qu'il porte sur deux muscles antagonistes.* Frictions avec la pommade belladonée, cataplasmes, bains émollients matin et soir. Tous les matins, extension et flexion alternatives de l'avant-bras ; les mouvements restent aussi douloureux que le premier jour et, dès qu'ils ont cessé, l'avant-bras revient à sa situation première.

A partir du 19 août, immobilisation du membre dans une gouttière, douche tous les matins. Les pommades et les cataplasmes sont continués, bromure de potassium. Quinze jours de ce traitement n'ayant amené aucun résultat, nous pensons, le 26 août, tout en continuant le bromure de potassium, à appliquer quelques pointes de feu, dans le but de produire une puissante révulsion. Le malade fait une telle résistance qu'il nous est impossible de mettre ce projet à exécution.

27 août, nous constatons que le coude est tuméfié et un peu douloureux, fait que nous attribuons à un tiraillement survenu pendant les efforts faits la veille, alors que l'enfant cherchait à échapper à l'action du cautère. Un large vésicatoire est appliqué sur le coude. Le 7 septembre l'articulation est revenue à l'état normal.

C'est à cette époque seulement que nous lisons dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* la communication de M. Dubrueil.

Les deux observations de ce chirurgien s'éloignent un peu de celle que nous étudions en ce moment : dans la première, en effet, il s'agissait d'un jeune homme qui est atteint d'un strabisme interne et qui, à deux reprises différentes, a eu les orteils spontanément renversés sur la face dorsale du pied. Il semble donc avoir existé, chez ce sujet, une prédisposition importante à noter. Dans

la deuxième observation la contraction est accompagnée d'atrophie.

L'observation de M. Guéniot, au contraire, est presque identique à la nôtre. Dans les deux cas, il n'y a aucune prédisposition, aucune atrophie, aucune altération de la sensibilité; le phénomène local est un gonflement un peu douloureux du coude, qui disparaît en quelques jours pendant que la contracture persiste.

Nous avions déjà pensé à l'emploi de l'électricité, dont M. Duchenne avait signalé, le premier, les bons effets, mais nous n'avions pas d'appareil à courants continus et ces courants pouvaient seuls être employés logiquement, puisque les deux muscles antagonistes, biceps et triceps, étaient contracturés simultanément et maintenaient le bras dans une position intermédiaire.

Nous nous préparions à faire organiser un appareil à courants continus lorsque la pensée nous vint d'essayer auparavant des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Nous nous proposions d'agir sur la maladie elle-même par la morphine et aussi d'arriver à imprimer à l'avant-bras des mouvements alternatifs d'extension et de flexion sans provoquer de douleur, la douleur provoquée par ces mouvements pouvant avoir un effet fâcheux sur la contracture.

Au moment où nous allions commencer ce nouveau mode de traitement, M. le Dr Cadrin, qui recherchait, dans les livres mis à notre disposition, tous les cas analogues à celui du jeune Pierre, me communiqua une observation très-intéressante de contracture musculaire consignée dans le *Bulletin médical* et dans laquelle les injections d'atropine avaient été employées avec succès par M. Desprès.

Le fait de M. le Dr Desprès était loin d'être identique au nôtre; cependant deux éléments communs existaient : 1° le point de départ par une douleur articulaire; 2° la contracture musculaire. Cette analogie et le succès si rapide obtenu par M. Desprès nous décidèrent à essayer le même mode de traitement.

18 septembre. Injection de 2 milligrammes d'atropine; le malade n'éprouve aucun symptôme dû à l'action de l'atropine.

19 septembre. Injection de 0,0015 d'atropine : — trente minutes après l'injection, le malade éprouve de la céphalalgie, la marche et la station deviennent impossibles; de plus, il ressent le délire des images, si bien décrit par M. Gubler : il croit voir tomber en avant les personnes qui l'entourent; de petits bonshommes imaginaires passent et repassent devant ses yeux. Les pupilles sont dilatées. — Cet état va en diminuant et *spontanément* cesse vers 4 heures du soir.

20 septembre. Injection de 0,0012 d'atropine. — Mêmes phénomènes que le jour précédent, mais à un degré moindre.

21 septembre. Amélioration légère, mais évidente, de la contracture, — Injection de 0,0018 d'atropine; des symptômes signalés précédemment, la mydriase et une légère céphalée persistent seules.

22 septembre. Amélioration très-sensible de la flexion et de l'extension; le malade arrive presque à toucher l'épaule gauche avec l'extrémité du doigt. Injection de 0,0018.

23, 24 et 25 septembre. Injection de 0,0018 d'atropine.

Le 25 septembre, les symptômes d'intoxication qui avaient presque disparu les jours précédents, reviennent très-intenses : délire, vertige, anorexie, photophobie, mydriase et vomissements.

26 septembre. Pas d'injection.

27 septembre. Injection de 0,0018; un peu de céphalée,—amélioration très-notable des mouvements.

28 septembre. Injection de 0,0018. — Aucun symptôme dû à l'atropine.

29, 30 septembre et 1er octobre. Injection de 0,003 d'atropine sans qu'aucun symptôme sérieux dû à l'atropine se manifeste.

2 octobre. L'extension et la flexion sont absolument complètes. Le malade sort de l'hôpital.

23 octobre. Le malade vient nous voir. Il a repris ses occupations (il aide son père, qui est boulanger) et rien n'est venu démentir la guérison.

Nous ferons remarquer que, pendant que nous administrions l'atropine, nous avons fait suspendre toute médication locale; aucune tentative n'a été faite pour étendre ou fléchir l'avant-bras. Le résultat est donc dû bien certainement à l'action des injections sous-cutanées.

L'atropine a donc agi chez notre jeune malade, de même que chez le malade de M. Desprès, mieux et surtout plus rapidement que les courants continus. Nous ne savons si ces bons effets se reproduiront dans tous les cas; mais il y a lieu, pensons-nous, d'essayer cette médication qui, maniée avec prudence, ne saurait être dangereuse.

Rapport.

M. Marjolin donne lecture de la première partie de son rapport sur les *hôpitaux d'enfants.*

Présentation de pièce.

M. Tillaux présente une tumeur fibreuse qui était implantée sur le coccyx d'un homme de 45 ans, et qui avait envoyé un prolongement sous-péritonéal et un autre sous-cutané. L'observation du

malade et l'examen histologique de la tumeur seront publiés ultérieurement.

Discussion.

M. Houel. J'ai connaissance de plusieurs cas de tumeurs fibreuses développées dans l'intérieur du bassin chez des femmes, indépendamment de l'utérus; elles s'inséraient à la crête iliaque, à la face interne de l'ilium. En général, leurs adhérences étaient très-limitées.

M. Guyon. Les recherches que j'ai faites récemment sur les tumeurs fibreuses m'ont montré qu'indépendamment de celles que Nélaton a désignées, en raison de leur siége, sous le nom de *tumeurs péripelviennes ou intrapelviennes*, les tumeurs fibreuses occupant la nuque, les omoplates, le dos, s'observent également de préférence chez la femme. L'observation de M. Tillaux est probablement unique dans la science.

M. Tillaux. Je dois ajouter que le couteau galvanique, qui m'a servi à faire les incisions externes, a permis d'éviter toute perte de sang, et qu'il n'y a eu d'écoulement sanguin que pendant l'énucléation de la tumeur avec les doigts et consécutivement à la section du pédicule avec le bistouri. Je ferai remarquer, en outre, que la portion pelvienne de la tumeur est plus molle, plus infiltrée de liquide que la portion sous-cutanée, ce qui semble indiquer un développement plus rapide.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire,
M. Sée.

Séance du 17 novembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche de la grossesse et de l'accouchement, par le

Dr Chantreuil. — *De la rétinite pigmentaire*, par le Dr Hocquard. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, de sir Henry Thompson, traduites par les Drs Hüe et Gignoux. — *Contribution à l'étude des compressions pelviennes que peuvent occasionner les tumeurs fibreuses de l'utérus, et des moyens qu'on peut leur opposer*, par le Dr Jude Hüe.

M. le Dr Dubar, chirurgien de l'hospice civil d'Armentières (Nord) envoie une observation d'*ovariotomie* pratiquée avec succès. Dans cette opération, il n'a pas été fait usage du clamp, qu'on a remplacé par une simple ligature du pédicule.

Communication.

M. le Dr Poncet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'une note *sur un cas de rétinite pigmentaire avec examen histologique.*

(Commissaires : MM. Panas, Giraud-Teulon et Perrin.)

Rapport.

M. Marjolin lit la seconde partie de son rapport sur *les hôpitaux d'enfants.* Ce rapport sera discuté après avoir été imprimé.

Présentation d'une pièce.

Myxome du nerf sciatique.

M. Trélat, en présentant une tumeur qu'il a enlevée ce matin sur un jeune étudiant en droit, donne les détails suivants. Le malade, dont l'observation complète sera publiée dans ce bulletin, vint le consulter, il y a quatre mois, pour une tumeur de la région poplitée du côté gauche, qui paraissait être un névrome. Pour écarter toute idée d'affection syphilitique, et malgré l'absence de tout antécédent suspect, M. Trélat institua un traitement par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium, qui ne donna aucun résultat. La tumeur, qui était dure, indolente, non vasculaire, augmenta de volume. M. Verneuil, consulté à ce sujet, diagnostiqua une tumeur fibro-plastique du nerf sciatique poplité interne et conseilla l'extirpation.

Il y a trois jours, le malade se décida à entrer dans le service de M. Trélat, qui pratiqua l'opération suivante. Après l'application de

la bande d'Esmarch, une incision longitudinale mit à nu la tumeur, qu'il fut facile de séparer des parties voisines et de quelques branches nerveuses qui la recouvraient. Le lobe principal étant isolé, le chirurgien en trouva un autre au côté interne, qui fut énuclé de même, puis un troisième placé plus haut, puis un quatrième, au-dessus de ce dernier. Le doigt explorateur atteignit ainsi le bord inférieur du grand fessier, sans reconnaître la limite supérieure de la tumeur. M. Trélat pratiqua à ce niveau une section transversale de la tumeur. Cette section, qui comprend toute l'épaisseur du nerf sciatique, présente un aspect qui rappelle la coupe d'un câble transatlantique : chacun des faisceaux nerveux est le siége d'une infiltration myxomateuse qui donne à l'ensemble le volume des deux pouces réunis. Le même aspect se retrouve sur la surface de section inférieure, qui répondait à l'anneau du soléaire. Ne sachant jusqu'où s'étendait la tumeur, et reculant devant l'idée de fendre le grand fessier dans une certaine étendue, convaincu d'ailleurs qu'une récidive suivrait infailliblement une opération même radicale, M. Trélat se résigna à laisser en place une portion de la tumeur, qu'il considère comme au-dessus des ressources de l'art.

M. Trélat fait remarquer que, avant l'opération, la grosseur paraissait limitée, en bas, à l'anneau du soléaire ; en haut, la délimitation était plus vague : on constatait un certain empâtement mal circonscrit, la circonférence du membre mesurait un demi centimètre de plus que du côté sain ; mais il n'y avait point de tuméfaction apparente, les tissus avaient conservé leur souplesse, et l'on sentait facilement la face postérieure du fémur.

M. Giraldès. Pendant que j'étais prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux, j'ai eu l'occasion de voir un sujet venu de l'hôpital Saint-Antoine dont tous les nerfs, et même ceux du grand sympathique, étaient envahis par des productions analogues en apparence à celle qu'offre le nerf sciatique chez le malade de M. Trélat.

Présentation d'un malade.

M. Tillaux présente un jeune homme de 16 ans, fort et bien constitué, auquel il a pratiqué, au mois de juin 1874, *l'opération de Delore* pour le redressement *du genu valgum.* Le résultat a été des plus heureux : l'écartement des malléoles internes, qui était de 16 centimètres, les genoux étant rapprochés, est aujourd'hui beaucoup moindre ; la marche est facile et les forces du malade ont

augmenté à tel point qu'il porte sans inconvénient un poids de 60 à 80 kilogrammes.

Au lieu d'agir à la façon de M. Delore, qui fait reposer sur un plan résistant le membre dévié, couché sur sa face externe, et qui exerce des pressions sur le genou saillant, M. Tillaux place le malade sur une table de telle façon que le membre à redresser appuie par sa face interne, et que la jambe tout entière dépasse le bord de la table. Il se sert alors de la jambe comme d'un levier, qu'il porte violemment en bas par une brusque secousse. Ce mouvement produit une rupture, sur la nature de laquelle M. Tillaux n'est point encore fixé : c'est probablement un décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

L'opération a été pratiquée de la même façon des deux côtés ; puis un appareil inamovible a maintenu l'immobilité absolue des genoux pendant deux mois. Aucun accident n'est survenu pendant ce temps, et les appareils enlevés, le malade a pu reprendre ses occupations.

Il y a 2 ou 3 mois, le malade a éprouvé dans le genou droit une douleur violente et subite, analogue à celles que provoquent les corps étrangers articulaires. Le même fait s'est répété depuis. Y a-t-il une relation entre la production de ces douleurs et l'opération qui a été pratiquée ? Il serait difficile de le dire.

M. Léon Le Fort. Le malade présenté par M. Tillaux est sans contredit, au point de vue de la pratique, un exemple de succès et d'un beau succès dans le traitement du *genu valgum*, et il est certain que le malade a retiré un grand bénéfice de l'opération ; mais au point de vue de la thérapeutique chirurgicale pure, je crois devoir montrer que le redressement n'est pas complet.

En effet, l'on sait que le *genu valgum* ne manifeste son existence que dans la rectitude complète de la jambe sur la cuisse, et que tout écartement des jambes à la partie inférieure disparaît aussitôt qu'on permet une légère flexion du genou. Cette disparition des symptômes suivant l'attitude du membre tient à ce que les condyles fémoraux, dans leur partie postérieure, dans cette portion assez régulièrement circulaire, au centre de laquelle se trouve l'insertion des ligaments latéraux, ont conservé leur régularité et leur symétrie normales. Au contraire, la portion tout à fait inférieure, celle qui, dans la rectitude du membre, est en rapport avec le tibia, celle qui appartient à une circonférence d'un rayon beaucoup plus grand, est la portion de l'articulation dont l'altération de forme est la cause du *genu valgum*. Or, je tiens à faire remarquer que si, chez le malade de M. Tillaux, le rapprochement des pieds est facile à une très-légère flexion de la jambe, les pieds, dans la

rectitude complète du genou, restent écartés de 15 à 20 centimètres. Mais je tiens aussi à dire que si le malade de M. Tillaux ne peut être regardé comme une preuve de la guérison complète, absolue du *genu valgum* par le redressement brusque, l'amélioration est telle, que pratiquement, on pourrait dire que le malade est complétement guéri, car il suffit qu'il fléchisse très-légèrement et d'une manière peu apparente les genoux dans la marche, pour que le parallélisme des jambes soit obtenu.

M. Desprès constate que le résultat est excellent à gauche, mais qu'à droite il existe un diastasis de l'articulation. Pour juger du résultat définitif, il pense que le malade devra être revu dans un ou deux ans.

M. Polaillon. J'ai vu, à Lyon, des enfants opérés par MM. Delore et Laroyenne depuis un temps assez long pour permettre de croire que la guérison obtenue est définitive. Ce dernier chirurgien croit l'opération applicable surtout à des jeunes sujets, ayant de 5 à 7 ans.

M. Tillaux. Bien que, dans ce cas, la guérison ait été complète, je suis loin d'être fixé sur l'opération de M. Delore, attendu que chez d'autres malades, le résultat a été moins satisfaisant. Chez une jeune fille, entre autres, il est resté des douleurs du genou qui rendent la marche pénible. Pour ce qui est de l'âge, dans les hôpitaux de Paris, les sujets atteints de *genu valgum* sont des adolescents, et la déviation, non imputable au rachitisme, est due à une sorte d'atrophie, généralement de date récente ; c'est ce qui s'observe sur mon malade et aussi sur un autre, âgé de 18 ans, que j'ai opéré également dans ces derniers temps.

Présentation de pièce.

Sarcome fasciculé de l'orbite. — Ablation.

(Observation recueillie par M. Kermesson, interne du service.)

M. Guyon montre la pièce anatomique constituant la tumeur de l'orbite dont était porteur le malade qu'il a présenté à la Société dans la séance du 21 octobre.

Obs. — Gaillard (André), 35 ans, garçon de magasin, entre à l'hôpital Necker le 12 octobre 1875. Cet homme porte à la région orbitaire droite une tumeur dont le début remonte à trois ans. La tumeur était située d'abord à la partie interne de l'arcade orbitaire supérieure, à peu près au niveau de l'échancrure sus-orbitaire. Elle avait la grosseur d'un petit pois, et était tout à fait adhérente à l'os. Pendant

un an, elle ne se développa pas beaucoup et ne causa presque aucune gêne. Mais l'année suivante, la marche devint très-rapide, la tumeur s'étendit peu à peu en dehors, et il y a onze mois, elle avait atteint son volume actuel. C'est alors que le malade commença à souffrir ; toutefois les douleurs sont devenues plus fortes surtout depuis six mois ; elles se font sentir la nuit principalement, sous forme d'irradiations douloureuses dans le front et dans la région temporale, gagnant même la région occipitale du côté correspondant.

L'œil est abaissé ; la paupière supérieure tombante, mais non paralysée. La pupille est parfaitement contractile ; tous les mouvements du globe oculaire sont intacts ; la vision est conservée ; à aucun moment il n'y a eu de diplopie, il n'y a pas non plus d'épiphora. — L'arcade orbitaire du côté droit se trouve sur un plan antérieur à celui du côté gauche ; elle est également augmentée d'épaisseur, surtout au niveau de l'apophyse orbitaire externe : il y a là un gonflement qui remonte au-dessus du sourcil et déborde la base de l'orbite, s'étendant à un travers de doigt environ dans la région temporale. La tumeur a le volume d'une grosse noix ; elle est très-dure, mamelonnée, avec de nombreuses aspérités. Elle occupe la paupière supérieure dans ses deux tiers externes, la commissure palpébrale en dehors, contourne l'orbite de ce côté, et gagne la partie externe de la paupière inférieure ; quoiqu'elle soit très-dure, elle semble cependant se déprimer un peu sous le doigt et avoir quelques mouvements de latéralité obscurs. Au niveau de la queue du sourcil, il existe une très-petite tumeur, mesurant à peine 1 centimètre de largeur, surajoutée à la tumeur principale et très-mobile, aussi bien sur la peau que sur les parties profondes.

Le mercredi 27 octobre, le malade est présenté à la Société de chirurgie. M. Panas conseille, pour s'éclairer sur le siége et les connexions de la tumeur, de l'explorer à l'aide de l'acupuncture.

Le jeudi matin, 28 octobre, M. Guyon plonge en deux points de la tumeur une aiguille à acupuncture, qui est arrêtée à 1 centimètre et demi environ sur un plan dur et résistant, qui semble bien correspondre à la voûte osseuse de l'orbite. — Le malade ne ressent aucun effet fâcheux de la ponction ; il réclame avec insistance une opération.

Celle-ci est pratiquée le 8 novembre ; le malade est endormi par le chloroforme. M. Guyon fait, au niveau du sourcil, une incision courbe qui, partant du côté interne, contourne l'angle externe de l'orbite et s'étend jusqu'à la partie médiane environ de la paupière inférieure. Celle-ci met à nu la petite tumeur mobile dont nous avons parlé ; elle est enlevée et incisée ; son tissu présente tout à fait l'aspect du sarcome. Le lambeau est alors disséqué et la tumeur mise à nu ; pour se donner du jour, M. Guyon fait, à partir de la première incision, une petite incision oblique dans la direction de la région malaire et d'une longueur de 2 centimètres environ. La tumeur coiffe tout le bord supérieur et externe de l'orbite et c'est elle qui donne lieu au gonflement apparent de l'os ; on la détache de l'os à l'aide de la rugine, et pour l'enlever plus aisément, on la sectionne transversalement au ni-

veau de la commissure palpébrale externe ; la partie inférieure est détachée alors sans difficulté; quant à la partie supérieure, on parvient aussi à l'isoler de l'arcade orbitaire supérieure ; mais elle est intimement adhérente à la face externe de la conjonctive, et on ne parvient à l'en isoler qu'en laissant des parcelles de tumeur adhérentes au cul-de-sac conjonctival. De plus, elle envoie profondément des prolongements entre les muscles de l'orbite, surtout très-facilement appréciables avec le doigt vers le côté interne. Ces prolongements doivent être laissés en place, car pour les enlever, il faudrait nécessairement vider la cavité orbitaire. — Après avoir pratiqué quelques ligatures, on remet en place le lambeau, et on le suture à l'aide de fils d'argent. Le malade est pansé avec un tampon d'ouate et un bandeau de flanelle légèrement compressif.

Les suites de l'opération ont été des plus simples ; le malade n'a presque pas souffert, la temperature n'a pas dépassé 38°2, il y a eu seulement un gonflement assez marqué de la région frontale, qui est aujourd'hui complétement tombé. Il reste encore une infiltration séreuse abondante des paupières.

L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome fasciculé*. Il y a une trame conjonctive très-riche, et un assez grand nombre de fibres élastiques. Les éléments de la tumeur se présentent les uns sous forme de noyaux ovoïdes, presque tous pourvus de deux nucléoles fortement réfringents; les autres, en beaucoup plus grand nombre, ont l'aspect fusiforme ; parmi ces derniers, quelques-uns atteignent de grandes dimensions, présentent un corps cellulaire très-net, avec plusieurs noyaux et de longs prolongements.

M. Perrin rappellé qu'en voyant le malade de M. Guyon, il avait prononcé le mot de sarcome et qu'il avait émis l'opinion qu'il ne fallait pas toucher à ce genre de tumeur.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 24 novembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la présente séance est lu et adopté,

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étrangers.

Manuel de chirurgie de guerre, par le Dr O. Heyfelder.— *Essai sur la résection du genou*, par Albert Picard. — *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal*, par le Dr Béranger-Féraud.

L'ampliation du décret autorisant le Société de chirurgie à accepter le legs Gerdy.

M. Tillaux présente un travail manuscrit de M. J. Bœckel, intitulé : *De l'ostéotomie dans le redressement des courbures rachitiques.*

(Commissaires : MM. Trélat, Périer, Tillaux.)

M. Boissarie envoie une observation intitulée : *Polype fibreux intra-utérin très-volumineux. — Avantages comparés de l'abstention et de l'intervention chirurgicale.—Les excisions partielles peuvent favoriser un travail de résorption.* (Renvoyé à la commission précédemment nommée.)

Communication.

Note sur la lithotritie périnéale et sur quelques modifications apportées à l'appareil instrumental de cette opération.

Par M. S. Duplay.

Depuis que M. Dolbeau est venu exposer à cette tribune les principes de la méthode opératoire à laquelle il a donné le nom de *lithotritie périnéale*, aucune communication ne vous a été faite sur ce sujet. Malgré l'insuffisance de mon expérience personnelle, les faits relativement assez nombreux que j'ai observés m'ont donné la ferme conviction que cette opération, bien exécutée, est supérieure aux divers procédés de taille et qu'elle présente des avantages considérables, parmi lesquels je signalerai, outre la possibilité d'extraire par une petite ouverture d'énormes calculs, l'absence de délabrements du côté de la prostate et de la vessie, ce qui met à l'abri de l'hémorrhagie, de la phlébite et de l'infection purulente, assure l'intégrité des conduits éjaculateurs et du col vésical, et permet le prompt rétablissement du cours de l'urine par les voies naturelles.

Mais, pour réaliser ces avantages et obtenir les résultats si remarquables que donne parfois la lithotritie périnéale, il est nécessaire que l'opération soit pratiquée exactement comme l'indique la théorie, c'est-à-dire que, après avoir ouvert l'urèthre dans sa portion membraneuse, en arrière du bulbe, le chirurgien puisse dilater la portion prostatique et le col vésical, briser la pierre et en extraire les fragments sans blesser la vessie et les parois du conduit artificiel créé à travers le périnée. Or, j'ose dire que ces conditions de succès ne sont pas suffisamment assurées quant à présent, et que, notamment, l'appareil instrumental de la lithotritie périnéale est, sur plusieurs points, défectueux, d'où résultent des difficultés et

même des dangers d'exécution qui expliquent vraisemblablement la médiocre faveur avec laquelle cette opération a été accueillie. C'est après avoir éprouvé plusieurs fois par moi-même ces imperfections de l'appareil instrumental que je me suis efforcé d'y apporter quelques modifications qui auront, je l'espère, pour résultat de rendre la lithotritie périnéale plus facile et plus sûre.

Cette opération, telle que l'a décrite M. Dolbeau, comprend quatre temps : 1° l'incision de l'urèthre ; 2° la dilatation de la portion prostatique du canal et du col vésical ; 3° le broiement de la pierre ; 4° l'extraction des fragments.

Je n'ai rien à dire du premier temps qui consiste, après avoir introduit un cathéter dans la vessie, à pratiquer une incision de deux centimètres en avant de l'anus, puis à aller à la recherche de la cannelure du cathéter, enfin à inciser l'urèthre.

Pour pratiquer la dilatation de l'urèthre et du col vésical, M. Dolbeau a imaginé un instrument que vous connaissez tous et qui se compose de six branches métalliques pouvant s'écarter les unes des autres par un mécanisme simple et produire une dilatation de 20 millimètres. Cet instrument, à l'état de repos, est trop volumineux pour pénétrer d'emblée dans la vessie; aussi doit-il être insinué peu à peu, et M. Dolbeau donne-t-il le conseil de procéder à la dilatation par trois temps successifs: dans le premier, on dilate le trajet depuis la peau jusqu'à l'urèthre ; dans le second, on insinue le dilatateur fermé jusqu'au voisinage du col, et ce n'est qu'après avoir dilaté cette première partie du canal de l'urèthre que l'on fait pénétrer définitivement l'instrument dans la vessie et que l'on achève la dilatation de tout le trajet (3e temps).

L'exécution de cette triple manœuvre demande beaucoup de temps, et la lenteur quelquefois considérable de la dilatation constitue un premier reproche à adresser à l'emploi du dilatateur de M. Dolbeau. J'ajoute, d'après ma propre expérience et d'après celle de quelques collègues avec lesquels je me suis entretenu de ce sujet, que le maniement de cet insrument est parfois difficile et de nature à inspirer des craintes sérieuses. En effet, avant que l'instrument ait pénétré dans la vessie, on doit toujours craindre que les pointes métalliques, en s'écartant, ne pénètrent dans les tissus et ne déterminent des déchirures. De même, dans les tentatives que l'on fait pour insinuer le dilatateur dans la vessie, peut-on être sûr qu'une pointe ne se déviera pas et ne viendra pas déchirer la prostate ou le col vésical ? On a cherché, il est vrai, à pallier cette imperfection de l'instrument en coiffant les extrémités des pointes métalliques d'un petit capuchon qui peut être dégagé plus tard, mais cette prétendue amélioration crée dans certains cas de nouvelles difficultés.

En somme, je suis persuadé que tous ceux qui ont fait usage du

dilatateur de M. Dolbeau, avoueront qu'ils ont éprouvé un sentiment d'appréhension en se servant de cet instrument et reconnaîtront avec moi que la dilatatton avec cet instrument est un temps toujours long, souvent difficile et parfois dangereux de la lithotricie périnéale. Il est même évident pour moi que c'est faute de pouvoir exécuter ce temps d'une façon satisfaisante que plusieurs chirurgiens ont renoncé à la pratique de l'opération. Aussi ai-je cherché depuis longtemps un mode de dilatation d'un usage plus rapide, plus commode et plus sûr même entre des mains novices.

Le but que je me proposais était de trouver un instrument de dimensions suffisamment petites pour pouvoir être introduit d'emblée dans la vessie et produire graduellement, mais d'un seul coup, la dilatation depuis la peau jusqu'au col vésical. Après diverses tentatives faites avec le concours de M. Collin, je m'arrêtai définitivement à l'idée d'approprier à ce nouvel usage un dilatateur du rectum de mon invention, qui vous a été présenté dans la séance du 4 novembre 1874, et qui, calqué sur le divulseur uréthral, de M. Voillemier, se compose : 1° d'un conducteur formé de deux lames métalliques soudées à une de leurs extrémités ; 2° d'une série de mandrins cylindriques à extrémité conique, et creusés de deux rainures dans lesquelles glissent les deux lames du conducteur.

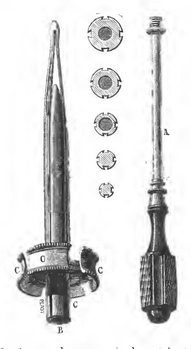
Au moment de mettre cette idée en pratique, j'appris que notre collègue, M. Guyon, avait fait construire par M. Collin un instrument analogue, mais qu'après divers essais sur le cadavre, il y avait renoncé, le déclarant tout à fait impropre.

Cependant, cet instrument répondait si bien aux indications que je recherchais, que j'entrepris aussitôt sur le cadavre une série d'expériences, qui ne tardèrent pas à me convaincre que le nouveau dilatateur remplissait toutes les conditions pour rendre le second temps de la lithrotitie périnéale infiniment plus facile, plus rapide et plus sûr.

Voici en quoi consiste l'instrument; il se compose : 1° d'un conducteur formé de quatre lames métalliques soudées à une de leurs extrémités et constituant en ce point une sorte de bouton mousse. A l'autre extrémité ces lames sont fixées à un cercle métallique brisé qui permet de maintenir l'instrument, tout en laissant les lames s'écarter ; 2° d'une série de mandrins gradués, de forme cylindrique, terminés en cône à une extrémité et creusés sur toute leur longueur de quatre rainures, dans lesquelles glissent les quatre lames du conducteur. Les mandrins, au nombre de cinq, présentent 7, 10, 13, 16 et 20 millimètres de diamètre.

La figure ci-jointe montre le nouveau dilatateur. A est le manche, qui se visse en B dans le mandrin; *c*, *c*, *c*, *c* représente le cercle

brisé qui permet de maintenir le conducteur, tout en laissant s'écarter les lames.



Rien de plus facile que de se servir de cet instrument; l'urèthre étant ouvert, on porte le conducteur dans la plaie jusqu'à ce que le bouton qui le termine soit en contact avec la cannelure du cathéter ; puis, par un mouvement combiné d'abaissement de celui-ci et de propulsion légère du conducteur, on glisse ce dernier jusque dans la vessie, absolument comme on fait pénétrer le lithotome dans le second temps de la taille. Le cathéter, devenu inutile, est définitivement enlevé.

Maintenant alors le conducteur avec les doigts de la main gauche, on introduit lentement les mandrins, en laissant chacun d'eux en place jusqu'à ce que l'on n'éprouve plus la moindre résistance et que l'instrument joue facilement dans le trajet. Il m'a semblé qu'une fois le mandrin enfoncé, un mouvement de rotation imprimé à l'instrument facilitait la dilatation.

Sur le cadavre, cette dilatation se fait rapidement et demande seulement le temps nécessaire à l'introduction des quatre mandrins; elle se pratique avec la plus grande facilité et sans que l'on ait à craindre de fausses routes, puisque les mandrins dilatateurs suivent forcément les branches du conducteur; enfin elle ne détermine aucune déchirure.

Après une vingtaine d'essais sur des sujets d'âges différents, je me crus autorisé à appliquer l'instrument sur le vivant, et jusqu'ici j'ai pu l'employer deux fois avec le succès le plus complet.

Dans un cas, il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, entré dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine pour se faire débarrasser d'un énorme calcul qu'il portait depuis plusieurs années. L'opération a été faite à l'hôpital le 8 septembre ; la dilatation avec le nouveau dilatateur n'a pas duré plus de 6 à 8 minutes et a été tout à fait suffisante pour permettre d'introduire le gros casse-pierre de M. Doïbeau et d'extraire les nombreux fragments dont l'ensemble représente un calcul du volume d'un gros œuf de poule. Il n'y a eu aucun accident consécutif et la guérison était complète moins d'un mois après.

Mon second opéré est un homme de 60 ans, avec une prostate très-hypertrophiée, un col vésical très-irritable, une vessie fongueuse et saignant avec la plus grande facilité. Il présentait depuis deux ans environ les signes rationnels d'un calcul, et lorsque je le vis pour la première fois, à la fin du mois dernier, je constatai la présence d'une pierre très-volumineuse et très-dure. Après deux explorations et deux tentatives infructueuses de broiement, je me décidai, en raison de l'état de la vessie, à pratiquer la lithotritie périnéale.

L'opération a été faite le 5 novembre, avec l'aide des Drs Souchard et Duguet et de mes deux internes, MM. Petit et Deffaux. La dilatation, malgré la présence d'une grosse prostate, s'est faite avec le nouvel instrument aussi facilement et aussi rapidement que chez le jeune homme dont j'ai cité plus haut l'observation. Sauf un frisson survenu dans la nuit qui a suivi l'opération, aucun accident n'est survenu et le malade est complétement guéri depuis quelques jours. Le calcul que je vous présente et qui est un peu moins volumineux que le précédent, offre les dimensions d'un œuf ordinaire.

L'expérience sur le vivant et dans des conditions tout à fait opposées (chez un jeune homme et chez un vieillard doué d'une prostate hypertrophiée), a donc pleinement confirmé les excellents résultats que m'avait donné sur le cadavre le nouveau dilatateur, et je ne puis m'expliquer comment notre collègue M. Guyon a été amené à y renoncer et à le déclarer impropre qu'en supposant qu'il s'en est servi d'abord d'une manière différente de celle que j'ai mise en usage. Je crois d'ailleurs que depuis peu M. Guyon est revenu à une meilleure opinion sur le compte de cet instrument, à la paternité duquel nous pouvons prétendre tous les deux.

Il me reste maintenant à examiner les deux derniers temps de la lithotritie périnéale, savoir : le broiement de la pierre et l'extraction

des fragments. Je vous demande la permission, pour ce que j'ai à dire de ces deux temps, d'en intervertir l'ordre et de vous parler d'abord de l'extraction des fragments.

D'ailleurs, avant de songer à briser la pierre, M. Dolbeau donne le conseil, après la dilatation faite, d'introduire une petite tenette afin de reconnaître le volume, la dureté de la pierre, et de l'extraire au besoin sans la fragmenter si ses dimensions le permettent. Cette manœuvre, exécutée avec les tenettes ordinaires, peut être la cause d'un accident grave que j'ai observé deux fois, et qui serait arrivé, m'a-t-on dit, à d'autres chirurgiens.

Voici en quoi consiste cet accident : la tenette ordinaire, introduite et ouverte dans la vessie, saisit un calcul et l'on reconnaît bien vite que les dimensions de celui-ci ne lui permettent pas de franchir le col dilaté ; mais si l'on cherche alors à fermer les tenettes et à les retirer, on ne peut y parvenir, les branches de l'instrument restant écartées par l'interposition du calcul entre les cuillères. Dans les deux cas que j'ai observés, je ne suis sorti d'embarras qu'après des manœuvres longues et pénibles, pendant lesquelles j'ai du contondre et déchirer le col vésical et la prostate, et il est probable que l'infiltration urineuse qui a suivi ces deux opérations et qui a enlevé mes malades, doit être imputée à la complication que je signale.

J'en ai recherché la cause et je n'ai pas tardé à voir qu'elle résidait dans le mode d'articulation des tenettes, qui permet aux cuillères de subir un écartement trop considérable et d'embrasser un calcul trop volumineux pour pouvoir passer à travers l'ouverture dilatée du col vésical. Ce mode de construction des tenettes, qui n'a pas d'inconvénients pour la taille ordinaire, dans laquelle l'ouverture périnéale est large, est défectueux pour la lithotritie périnéale. Car ce que je viens de dire pour un calcul entier, peut aussi s'appliquer aux fragments trop volumineux pour passer à travers le col dilaté.

Pour parer à cet inconvénient et prévenir un accident analogue à celui qui m'est arrivé, il suffit de changer le point d'articulation des tenettes et de le rapprocher des cuillers ; de la sorte celles-ci ne peuvent subir un écartement assez considérable pour saisir un calcul ou un fragment de calcul de dimension supérieure à celle du col vésical dilaté.

Lorsque la pierre a été broyée, l'extraction des fragments avec les tenettes ordinaires expose encore à des dangers sérieux. Ces fragments plats, irréguliers, présentent souvent des angles aigus, qui, débordant les cuillères des tenettes plates ordinaires, peuvent déchirer, en passant, le col vésical et la prostate. Pour me mettre à l'abri de ces accidents, j'ai fait construire par M. Collin une tenette

plus forte que la tenette ordinaire, dont les cuillères excavées présentent des bords demi-tranchants, capables de sectionner les portions de fragments qui les débordent; de la sorte il n'y a plus à craindre les déchirures des parties molles. Dans la dernière opération que j'ai faite, sur un calcul très-dur et très-volumineux, j'ai eu beaucoup à me louer de l'usage de ces tenettes.

Je n'ai que peu de choses à dire du broiement de la pierre dans la vessie. Avec le gros casse-pierre de M. Dolbeau, ce temps m'a paru le plus souvent exempt de difficultés sérieuses. Cependant, dans le cas de pierre très-volumineuse et à surface lisse, j'ai éprouvé quelquefois une certaine peine à saisir le calcul, que je ne pouvais embrasser et que je sentais glisser et se déplacer devant l'instrument. Cette difficulté a même été assez grande dans ma dernière opération, et j'ai pu constater que je ne parvenais pas à saisir la pierre faute de pouvoir écarter suffisamment les branches de l'instrument. Il m'a semblé qu'il existait là un vice de construction absolument opposé à celui que je signalais pour les tenettes ordinaires. Dans celles-ci l'articulation était trop éloignée des cuillères et permettait de saisir un calcul trop volumineux; dans le casse-pierre de M. Dolbeau, l'articulation est beaucoup plus rapprochée des mors (il suffit de comparer les instruments que je vous présente) et il résulte de ce mode d'articulation que les mors ne peuvent pas s'écarter assez largement pour embrasser un gros calcul. Or, ce qui constituait un inconvénient grave pour les tenettes, serait au contraire un avantage pour un instrument destiné à broyer le calcul. Aussi ai-je fait changer le point d'articulation du casse-pierre en l'éloignant des mors, dans l'espoir que cette petite modification rendra plus facile la préhension de la pierre.

Enfin, lorsque la vessie est à peu près débarrassée de tous les fragments de calcul, on donne le conseil de pratiquer de grands lavages, dans le but de provoquer la sortie du sang et des plus minces fragments. Une grosse sonde ordinaire peut suffire à cet usage. Néanmoins j'ai pensé que ce dernier temps de l'opération serait facilité par l'emploi d'une très-grosse sonde à double courant, offrant une très-légère courbure, de façon à être portée jusque dans le bas fond de la vessie, et présentant une large ouverture sur sa concavité et tout près de son extrémité.

Telles sont les quelques modifications que j'ai apportées à l'appareil instrumental de lithotritie périnéale. Si quelques-unes peuvent paraître insignifiantes, quoique destinées à éviter de sérieuses difficultés ou de graves accidents, je crois qu'il n'en est pas de même du nouveau mode de dilatation que je vous ai décrit et que je regarde comme une innovation importante dans la pra-

tique d'une opération que je serai heureux de voir plus répandue parmi nous.

Discussion.

M. Guyon. Les modifications que M. Duplay propose d'introduire dans l'appareil instrumental destiné à pratiquer la lithotritie périnéale ont certainement leur raison d'être. Comme notre collègue, j'ai reconnu dans l'opération proposée par M. Dolbeau des difficultés et des dangers. Ces difficultés et ces dangers se présentent pendant la dilatation du périnée, pendant le broiement du calcul et pendant son extraction. Je ne veux actuellement rien dire de ce qui se rapporte au broiement et à l'extraction du calcul, ni chercher à discuter la valeur de l'opération.

Mais la communication de M. Duplay m'oblige à vous parler de ce que j'ai fait pour modifier le temps de la dilatation. J'ai précisément imaginé dans ce but l'instrument que vous a présenté M. Duplay. Cet instrument, que notre collègue veut bien adopter, est absolument tel que je l'ai fait construire par M. Collin, et c'est le modèle même qui a servi à toutes mes expériences.

M. Duplay a bien voulu vous dire que l'instrument avait été fait sur mes indications. Je désire qu'il soit très-explicitement établi que cet appareil instrumental, qui, selon M. Duplay, modifie si heureusement la lithotritie périnéale dans un de ses temps principaux, m'appartient complétement.

Je regrette que M. Duplay n'ait pas cru devoir vous mettre sous les yeux son dilatateur du rectum ; il eut été facile de juger combien nos deux instruments diffèrent. Tous deux se sont inspirés du divulseur de M. Voillemier, et ce chirurgien seul pourrait dire que mon dilatateur lui appartient, s'il ne s'agissait que d'établir que le principe dont il est bien l'inventeur, m'a guidé lorsque j'ai imaginé et fait faire mon dilatateur.

M. Duplay a appliqué mon dilatateur deux fois sur le vivant ; il a eu deux succès. Le premier ne pouvait me surprendre ; il s'agissait d'un tout jeune homme. Le second, obtenu sur un vieillard, est à mon avis beaucoup plus important. Dans les nombreuses expériences que j'ai faites, je me suis, en effet, assuré que chez les jeunes sujets la dilatation se faisait avec la plus grande netteté et dans les meilleures conditions. Mais chez les vieillards je dus me résigner à reconnaître que la région prostatique, que le col vésical, par conséquent, se dilataient mal. Je devais presque toujours compléter la dilatation avec le doigt. De plus, en opérant après avoir ouvert la paroi antérieure de la vessie, de manière à suivre le jeu

de l'instrument, je m'assurai de la réalité d'un fait que déjà j'avais bien reconnu en opérant sur la vessie non incisée : la prostate, lorsqu'elle est résistante, est refoulée par les gros mandrins, c'est-à-dire par le quatrième et le cinquième, qui mesurent seize et vingt millimètres de diamètre.

Ces conditions, que je considérais comme défectueuses, m'avaient engagé à chercher à modifier mon appareil dilatateur avant de l'appliquer sur le vivant. Plus confiant que moi dans un appareil que cependant il n'avait pas inventé, M. Duplay a opéré non-seulement un jeune homme, mais un vieillard. Ce sont de véritables encouragements, que j'accepte avec d'autant plus d'empressement qu'ils viennent de M. Duplay.

Je ferai une dernière remarque : M. Duplay vous a dit avoir introduit le conducteur non monté sur un mandrin. A mon avis c'est une faute opératoire. J'ai fait faire un premier mandrin qui équivaut au n° 21 de la filière Charrière, c'est-à-dire à sept millimètres de diamètre. Ses dimensions sont donc calculées de façon à ce qu'il puisse très-aisément glisser dans la cannelure du cathéter, à travers l'urèthre et le col vésical ; avec l'aide de ce mandrin, il est très-facile de porter le conducteur dans la vessie. Il suffit de comparer les deux manœuvres pour comprendre que celle que j'ai mise en pratique et que je conseille est beaucoup plus facile et plus sûre.

M. Trélat. Dans les tailles que j'ai faites après les communications de M. Dolbeau sur sa méthode de lithotritie périnéale, j'avais constaté, comme M. Duplay, les inconvénients que présente l'appareil instrumental de notre collègue. Le dilatateur est trop court ; ses pointes multiples constituent un danger ; quand on le déploie, quelques branches seulement portent et peuvent s'engager dans les parties molles du périnée. C'est ce qui arriva dans un cas, et produisit des accidents d'infiltration urineuse ; le malade mourut le 4e jour. A la suite de cet insuccès, je conseillai de recouvrir les branches d'une sorte de chapeau de caoutchouc. Je n'ai pas eu, depuis lors, l'occasion de l'appliquer. J'ai constaté également les inconvénients de la tenette, et c'est pourquoi je me sers de préférence du casse-pierres pour saisir les calculs.

M. Paulet. Le dilatateur à mandrin appliqué au rectum présente un grand inconvénient : quand on a retiré le premier mandrin introduit, la muqueuse s'insinue entre les branches de l'instrument, ce qui peut mettre le chirurgien dans un grand embarras, vu l'impossibilité où il se trouve soit de faire pénétrer un second mandrin, soit de retirer le dilatateur. Il est vrai qu'il m'a suffi d'entourer l'instrument d'une chemise en caoutchouc pour écarter cet inconvénient.

M. Sée. C'est à tort qu'on a rapporté à M. Voillemier l'idée de dilater l'urèthre au moyen d'un mandrin qu'on introduit entre les branches d'un cathéter fendu. Cette idée est de Perrève, qui le premier l'a appliquée.

M. Duplay. Je ne conteste pas à M. Guyon la priorité de l'application du dilatateur de Voillemier à la lithotritie périnéale. Pour ce qui est du rectum, j'ai renoncé absolument à ce mode de traitement. Je répondrai à M. Sée que le dilatateur de M. Voillemier diffère complétement de celui de Perrève ; ce dernier ne dilate que sur deux points, tandis que l'autre agit dans les quatre sens.

M. Sée. La dilatation est la même avec les deux instruments, puisqu'elle est opérée par des mandrins cylindriques, et non par les branches conductrices ; il est donc indifférent que ces branches soient au nombre de deux ou de quatre.

Présentation d'un malade.

Craquements sous-scapulaires.

M. Terrillon présente un malade chez lequel les mouvements du membre supérieur droit déterminent des craquements, des frottements très-rudes entre l'omoplate correspondante et le thorax.

M. Le Fort. Je ferai remarquer qu'il y a une atrophie du grand dentelé chez ce malade. Les frottements ont-ils lieu dans une bourse séreuse sous-jacente à l'omoplate ? En soulevant avec les doigts l'angle inférieur de cet os, on n'en sent pas moins les craquements. Il semblerait donc qu'ils se rattachent à la contraction des fibres musculaires.

M. Perrin. Les craquements, dans ce cas, sont transmis par la partie supérieure de l'omoplate.

(Commissaires : MM. Verneuil, Lannelongue et Ledentu).

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

Rapport sur l'insuffisance des ressources de thérapeutique dans les affections chirurgicales des enfants pauvres, à Paris.

Commission : MM. Giraldès, M. Sée; Marjolin, *rapporteur.*

Il y a des époques où, sous l'influence de certains événements ou de conditions dont il est difficile de se rendre compte, toute la pensée, toute l'énergie d'une génération se concentrent et se dirigent vers un même but, et de même que tel siècle s'est fait remarquer par sa supériorité dans les lettres ou les arts, tel autre se distinguera par ses découvertes dans les sciences, tel autre par leur application à l'industrie, tel autre enfin par ses efforts pour répandre le bien-être et l'instruction au sein des populations.

Dans laquelle de ces catégories serons-nous classés ? Il serait peut-être difficile de le dire aujourd'hui, mais ce que dès maintenant on peut affirmer, c'est que jamais, dans notre pays, à aucune époque, l'enfance n'aura été l'objet d'une préoccupation aussi générale et d'une aussi vive sollicitude.

En voyant aujourd'hui la loi, après avoir veillé près du berceau de l'enfant confié loin de sa mère aux soins d'une étrangère, le suivre plus tard à l'école, à l'atelier, et étendre son action protectrice jusqu'à régler ses heures d'instruction, de travail, de repos, selon son âge et les divers genres d'industrie, on sent que la France a enfin compris que ses enfants étaient ce qu'elle avait de plus cher et de plus précieux et qu'elle ne devait reculer devant aucun sacrifice pour les élever et en faire des hommes. Sachons donc, messieurs, même au milieu de nos revers, trouver quelque consolation et quelque espoir en songeant au bien qui peut résulter de cet entraînement si nous voulons persister dans cette voie, et n'oublions pas de remercier ceux de nos honorables confrères dont les efforts persévérants ont provoqué, au sein de l'Assemblée nationale et de l'Académie de médecine, ce grand mouvement de notre régénération, remercions aussi ces généreux industriels qui, après avoir donné dans leurs fabriques le bel exemple de l'éducation et de la protection de l'apprenti, ont été les premiers à solliciter l'adoption de la seconde loi tutélaire de l'enfance ; tous ont également bien mérité du pays.

Lorsque l'on entre dans la voie des réformes, il faut autant que possible les faire marcher de front et que rien ne reste en arrière, autrement on laisse échapper des occasions qui ne se représenteront peut-être plus jamais ; or, puisque notre époque est entièrement dévouée à l'enfance, examinons si en dehors des lois faites en sa faveur, nous n'avons pas aussi, en notre qualité de médecins, quelques lacunes à signaler et quelques améliorations à proposer

dans les hôpitaux et les établissements qui lui sont spécialement affectés.

Bien des fois, messieurs, on a songé à cette question sans l'étudier et la traiter à fond, et très-probablement elle aurait été encore ajournée sans une circonstance fortuite, le rapport de M. Verneuil, sur l'intéressant travail de M. le professeur Saxtorph, de Copenhague.

Dans la discussion qui suivit, en répondant à notre honorable collègue, j'avais émis cette opinion, que très-souvent les retards prolongés, dans l'admission à l'hôpital d'enfants atteints d'affections chirurgicales, avaient les conséquences les plus fâcheuses sur la terminaison de leurs maladies et que la première amélioration à introduire dans les deux hôpitaux d'enfants, destinés non-seulement à la population parisienne, mais encore à celle de tout le département de la Seine, était d'augmenter le nombre de lits et d'abaisser l'âge d'admission. Cette proposition ayant été combattue par deux de nos collègues, MM. Desprès et de Saint-Germain, vous avez pensé que le seul moyen d'élucider cette grave question était de charger une commission de l'étudier, et, à cet effet, vous avez nommé MM. Giraldès, Sée et Marjolin.

Je viens aujourd'hui, messieurs, vous rendre compte des travaux et des recherches auxquels votre commission s'est livrée; non contente de ce que l'expérience de chacun de ses membres pouvait lui suggérer, elle a consulté les documents officiels publiés, ainsi que les notes prises pendant plus de dix ans, avec une grande exactitude, dans le service de celui de vos collègues auquel elle a bien voulu confier le soin de faire le rapport. Ce n'est donc pas avec des idées conçues à la légère, ou des allégations dénuées de fondement, que nous nous présentons devant vous, mais avec des faits et des renseignements positifs, dont la valeur et l'authenticité ne sauraient être contestées.

Maintenant que vous connaissez de quelle manière la commission a procédé, nous croyons devoir vous exposer l'ordre qu'elle a adopté. La première question qui se présentait naturellement était de démontrer la nécessité d'hôpitaux uniquement consacrés aux enfants. Ce point admis, il était important de vérifier si le nombre de lits existant à Paris dans les deux hôpitaux d'enfants et les annexes de la province suffisait pour une population aussi considérable que celle du département de la Seine; fallait-il ne rien changer à cette situation, fallait-il au contraire restreindre ou augmenter les moyens de traitement dans ces établissements? Ces diverses questions résolues, restait à en examiner d'autres non moins importantes, relatives soit à des modifications à introduire dans les règlements d'admission, soit à des améliorations dans certaines parties

des services, améliorations réclamées depuis longtemps par tout le corps médical. Tels sont, Messieurs, les divers points que nous allons vous soumettre dans ce rapport.

Une des plus grandes améliorations et un des plus grands progrès réalisés dans les hôpitaux au commencement de ce siècle a été certainement la création d'établissements spéciaux uniquement destinés aux enfants ; c'est à la France que revient cet honneur, et la meilleure preuve de l'efficacité et des avantages de cette mesure, c'est qu'elle n'a pas été longtemps à être imitée à l'étranger, ainsi que l'a indiqué notre collègue, M. Giraldès, dans la préface de son traité sur les affections chirurgicales des enfants [1].

Bien que dans ces derniers temps, quelques personnes aient prétendu, au nom des intérêts de la science, qu'il fallait recevoir indifféremment dans les hôpitaux d'adultes des malades de tout âge, nous maintenons que rien n'est plus défavorable à l'étude, à l'enseignement, à l'hygiène, à la régularité de ces soins minutieux, tout à fait maternels, réclamés par l'enfant, qu'une semblable confusion; rien enfin ne peut plus contribuer à le démoraliser que son séjour au milieu d'individus, la plupart du temps grossiers, sans éducation, n'ayant pas plus de retenue dans leurs gestes que dans leur langage. Loin d'être fausse ou exagérée, cette appréciation des faits n'est que l'exacte vérité, et tous ceux d'entre nous qui ont dû accidentellement recevoir de jeunes blessés dans leur service en ont fait la triste expérience.

D'après cela, a-t-on lieu de s'étonner d'entendre encore parfois contester la nécessité de ces hôpitaux, constamment fréquentés par les étrangers venus en France compléter leur instruction. Rien en effet n'est plus propre à bien faire connaître les maladies de l'enfance que de les réunir dans un même établissement, afin de pouvoir les étudier et les comparer dans leurs diverses phases et dans toutes leurs diverses formes. Aussi, sans me servir de cette expression de spécialité dont on a trop souvent mésusé à notre époque, je dirai qu'une année passée dans un hôpital d'enfants est une année parfaitement employée pour quiconque veut avoir une idée exacte de toutes les difficultés du diagnostic et du traitement

[1] 1834, Saint-Pétersbourg. — 1835, Dublin, hôpital Saint-Vincent. — 1837, Turin, hôpital Sainte-Anne. — 1840, Hambourg. — 1842, Vienne, hôpital Saint-Joseph. — 1843, Moscou. — 1842, Berlin, hôpital Sainte-Élisabeth. — 1844, Berlin, hôpital Louisa. — 1844, Graetz. — 1845, Pesth. — 1845, Copenhague. — 1846, Munich. — 1846, Brünn. — 1853, Londres. — 1856, Manchester. — 1856, Philadelphie. — 1860, Lisbonne. — 1872, Genève. Fondé par mademoiselle Hélène Vernet, enlevée si prématurément à sa famille et à ses petits malades, et dont nous ne pouvons oublier le dévouement à nos blessés, pendant le siége de Paris, lorsqu'elle dirigeait l'ambulance du collége Chaptal.

des affections du premier âge et de l'adolescence, et de leur fréquence ou de leur rareté, suivant les diverses classes de la société.

Qu'il s'agisse de médecine ou de chirurgie, ce n'est qu'après avoir observé avec attention pendant un certain temps dans ces services que l'on arrive à se pénétrer de la vérité de cette grande loi de l'hérédité dans certaines maladies, que l'on apprend à connaître les tristes conséquences d'une mauvaise hygiène dans la première enfance, ou les suites non moins déplorables de l'habitation dans des logements insalubres. Là également l'étudiant attentif peut constater les résultats non moins fâcheux de la fréquentation d'une crèche, d'un asile ou d'une école mal surveillés, négligence qui ne contribue que trop à propager des maladies aussi contagieuses que les ophthalmies purulentes et la teigne et à encombrer nos services, après s'être répandues dans les familles [1].

Là seulement on peut se rendre compte de la fréquence et de la gravité des accidents résultant de l'incurie des parents, de l'abandon des enfants dans les rues et de leur inexpérience pendant les premiers temps de l'apprentissage [2].

Sous tous ces rapports, l'écrivain moraliste ou économiste pourrait, comme le médecin, rien qu'en suivant la consultation d'un hôpital d'enfants, réunir les documents les plus précieux et en faire le sujet d'un travail extrêmement utile.

La nécessité des hôpitaux d'enfants étant plus que démontrée au point de vue scientifique, cela ne suffirait pas pour motiver

[1] On arriverait sans nul doute à diminuer considérablement et en peu de temps le nombre de toutes ces affections, qui ne laissent pas finalement d'être une lourde charge pour l'Assistance publique, si tous les établissements consacrés aux enfants étaient mieux tenus et mieux surveillés, et s'ils présentaient tous les conditions hygiéniques les plus indispensables.

[2] Rien ne saurait donner une idée plus juste sur le nombre et la gravité des accidents résultant de l'incurie ou du manque de surveillance des parents, que les deux relevés suivants, faits seulement pour les garçons. Dans le cours de onze années, il est entré dans mon service 210 enfants pour des brûlures: sur ce nombre il y a eu 104 morts.

Au-dessous de 2 ans 12, 7 morts; de 2 ans 15, 7 morts; de 3 ans 36, 17 morts; de 4 ans 30, 11 morts; de 5 ans 28, 9 morts.

A partir de 5 ans, on voit les accidents diminuer de fréquence, puis redevenir un peu plus nombreux à 12, 13, 14 ans; tantôt ils sont la suite des occupations auxquelles se livrent les apprentis, mais le plus habituellement ces brûlures sont causées par de la poudre, des pétards.

Dans le même espace de temps, 60 garçons entrèrent également dans mes salles à la suite de chutes faites par la fenêtre; sur ce nombre, 6 moururent, 2 n'avaient pas 2 ans.

De 3 ans 5, 1 mort; de 4 ans 8, 3 morts; de 5 ans 6, 1 mort.

Nous ne mentionnons pas dans ce relevé les chutes encore plus graves, faites du haut des fortifications.

leur existence, car on pourrait nous dire avec raison que c'est faire trop bon marché des liens de la famille et qu'avant de priver l'enfant des soins si affectueux de sa mère, il faudrait d'abord examiner si on ne peut pas épargner à tous deux une séparation si douloureuse et parfois véritablement contraire au rétablissement du petit malade, en appliquant surtout dans ces cas, d'une manière plus large, le système de l'assistance à domicile.

Messieurs, avant d'étudier plus en détail cette question, je crois devoir vous dire que la commission tient à bien établir en principe quo jamais on n'a exercé la moindre contrainte morale pour obliger les parents à laisser leurs enfants à l'hôpital, nous pensons au contraire que toutes les fois que l'assistance à domicile est véritablement possible, elle est préférable. Malheureusement trop souvent le médecin se trouve vis-à-vis de conditions de misère ou d'hygiène telles, qu'il ne peut raisonnablement songer à laisser l'enfant au milieu des siens sans compromettre son existence ou exposer les autres membres de la famille aux dangers de la contagion; dès lors l'hôpital devient indispensable. Ce point accordé, à quel âge l'enfant peut-il y être admis?

Messieurs, si dès sa naissance, et pour vivre, l'enfant ne réclamait pas quelquefois l'intervention immédiate du chirurgien et si quelques mois plus tard lui ou sa mère n'étaient pas exposés à des affections essentiellement chirurgicales, nous ne vous aurions pas parlé de la pénurie des lits de nourrices disséminés dans quelques hôpitaux d'adultes; sur ce point, comme nous sommes tous d'accord, la commission se borne à mentionner l'unanimité de vos vœux pour l'augmentation du nombre des lits destinés aux mères ou aux enfants malades pendant la période de l'allaitement. Cette augmentation serait d'autant plus facile à effectuer dès maintenant dans tous les hôpitaux, qu'il suffirait dans chaque salle de chirurgie de femmes d'ajouter deux ou trois berceaux; ceci est, du reste, une question de détail susceptible d'être modifiée suivant les localités. L'avantage de cette mesure serait de prévenir toute confusion, les nourrices étant désormais réparties dans les services d'après la nature de leur maladie[1].

Ce point admis, la première lacune que votre commission croit devoir vous signaler, ou, si vous voulez, la première modification à introduire dans le règlement d'admission, c'est l'abaissement de l'âge.

Le règlement pour les hôpitaux d'enfants, portant qu'ils ne peuvent être admis que lorsqu'ils ont deux ans révolus, et les services

[1] Le service des mères nourrices dans les hôpitaux de Paris, au 25 mars 1872, ne comprenait, d'après le document officiel que j'ai consulté, que 84 lits.

de médecine et de chirurgie ayant été installés dans cette prévision, il résulte de cette mesure que si le directeur de l'hôpital ou l'employé de bureau tiennent à le suivre rigoureusement et à la lettre, l'enfant âgé seulement de 12 ou 15 mois et réellement sevré sera exposé à attendre, avant d'être admis, qu'il ait atteint sa deuxième année.

La nécessité d'abaisser l'âge de l'admission est une question d'une telle importance, qu'elle a aussi préoccupé la Société de protection de l'enfance, à laquelle nous l'avions soumise pour qu'elle voulût bien la signaler à l'attention de M. le directeur de l'Assistance publique comme une des réformes les plus urgentes à introduire dans les hôpitaux d'enfants. On ne manquera pas de nous objecter que l'on fait parfois des exceptions à cette règle, c'est vrai, mais aussi que de fois ne l'avons-nous pas vue observée très-sévèrement, lors même qu'il s'agissait de cas d'urgence d'une gravité réelle, témoins ceux que nous vous avons cités [1].

Que résulte-t-il de cette mesure dont nous vous signalerons dans un instant les dangers, c'est que pour éviter des refus, très-souvent les parents vieillissent de quelques mois leurs enfants, mensonge bien excusable, et dont les conséquences immédiates sont de compliquer le service par suite de ce surcroît de soins de chaque instant, soins pour lesquels le personnel de nos hôpitaux est insuffisant.

Parfois il arrive que les parents, n'ayant pas été prévenus de ce qu'il faut répondre, ou bien toute fraude étant impossible tant l'enfant est jeune, le bureau le refuse, bien qu'il soit porteur d'un billet signé par le chef de service ou l'interne de garde. Que faire en pareil cas? faut-il, lorqu'on est témoin du fait, comme cela nous est arrivé [2], en référer de suite au directeur de l'Assistance et attendre sa décision ? Mais ces pourparlers et ces allées et venues entraînent toujours des retards préjudiciables ; ces mêmes circonstances pouvant d'ailleurs se présenter en notre absence, comme il importe d'éviter des discussions entre les internes et les représentants de l'administration et surtout de prévenir le fâcheux effet que ces refus produisent sur les familles et le public, ne vaudrait-il pas mieux prendre de suite une détermination franche, que de rester dans une situation indécise qui un jour permet d'accepter et le len-

[1] M. Blondel, pres duquel j'ai trouvé toujours la plus grande bienveillance toutes les fois que je lui adressais des demandes en faveur des malades, autorisa l'admission, en ajoutant que ces admissions ne pouvaient être qu'exceptionnelles, vu l'insuffisance du personnel dans nos services.

[2] Séance du 30 juin, dans un cas il s'agissait d'une fracture de cuisse et dans l'autre d'un phlegmon.

demain de refuser des enfants exactement de même âge, dans un état de maladie très-grave, et cela sans raison. Ces variations dans la conduite des employés de bureau sont tellement fréquentes, et dans quelques cas si incompréhensibles, que l'on serait parfois tenté de croire qu'il n'y a d'autre règlement que leur bon plaisir et qu'ils ont complétement oublié les instructions relatives aux admissions exceptionnelles dans certaines circonstances.

« Dans les cas dont nous nous occupons, les distinctions d'âge et de classement doivent s'effacer devant les exigences d'humanité [1]. »

Mais en dehors de ces considérations, il en est une bien autrement importante pour démontrer la nécessité de l'abaissement de l'âge des admissions, c'est que de 12 à 24 mois on rencontre fréquemment chez les enfants des affections chirurgicales d'une gravité extrême, marchant avec une excessive rapidité, et d'autant plus funestes dans leur terminaison que les soins sont plus tardifs, et, comme à cette même période de l'enfance on observe déjà des maladies contagieuses très-graves, telles que les ophthalmies purulentes ou diphthéritiques, il s'ensuit que l'indication la plus pressante à remplir dans ces cas est de préserver le reste de la famille d'une infection aussi dangereuse et qu'il faut se hâter de conduire l'enfant à l'hôpital.

Maintenant, en dehors de cela, il y a des circonstances tellement impérieuses, que l'on ne peut songer raisonnablement à refuser un enfant au-dessous de deux ans ; c'est lorsqu'il s'agit d'un de ces accidents si communs dans les familles d'ouvriers, comme les brûlures, les écrasements, les plaies, les fractures [2], puis viennent des maladies peut-être encore plus graves, propres à la première enfance. Ces maladies qui affectent particulièrement le système osseux, soignées dès le début, n'auraient souvent pas eu une terminaison fâcheuse, mais après une certaine période laissent bien peu d'espoir de guérison ; il ne faut pas avoir passé beaucoup de temps dans un service d'enfants pour être convaincu de la vérité de nos observations [3].

[1] Instruction du 29 janvier 1862, rappelée dans la circulaire n° 265 du 12 avril 1867. Nouvelles instructions relatives à l'admission et à la sortie des malades.

[2] Ce sont ces accidents dont parle la circulaire du 29 janvier 1862 : malheureusement ces instructions si précises no sont pas toujours exécutées, tant les employés de bureau craignent de manquer au règlement.

[3] Agé de 17 mois, a une tumeur blanche ulcérée du pied, avec carie des os du tarse, la maladie date de plusieurs mois; admis dans nos salles le 12 février 1868, il succombe le 25 du même mois dans un état complet d'épuisement. (*Observ*. 3402.)

Agé de 2 ans, est malade depuis plus de trois mois; entré le 24 février 1868,

Si votre commission regarde comme une des mesures les plus indispensables d'abaisser l'âge de l'admission dans les hôpitaux d'enfants, ne croyez-vous pas qu'il serait également bon, dans certaines circonstances indiquées par les chefs de service, de pouvoir faire jouir du bénéfice de la campagne des enfants qui, n'ayant pas quatre ans, ont cependant grand besoin de refaire leur constitution ? Ainsi, pour ne citer qu'un seul fait, X..., âgé de 3 ans 1/2, est entré le 5 octobre 1863 pour une tumeur blanche du genou, datant de plus de deux ans. Amputé de la cuisse le 2 décembre de la même année, j'ai dû, pour le préserver de la rougeole, le rendre à ses parents le 3 janvier 1864 (*Obs.* 1654). En pareil cas n'aurait-il pas été à souhaiter qu'on eût été à même d'assurer sa convalescence dans un établissement où il n'eût manqué de rien, plutôt que de le replacer dans ce milieu où il avait vécu si misérablement ?

Paris, du reste, n'est pas la seule ville dans laquelle le corps médical a sujet d'élever de justes réclamations relativement aux enfants malades ; à Bordeaux, par exemple, et c'est M. le Dr Denuée qui dernièrement rapportait le fait, n'importe l'accident ou la maladie, un enfant ne peut être admis à l'hôpital avant sept ans. Quant à ceux du premier âge, de deux à trois ans, ils ne sont reçus qu'après avoir été inscrits momentanément aux Enfants-Trouvés. Messieurs, lorsque de pareils faits nous sont attestés par des personnes aussi honorables que notre excellent collègue de Bordeaux, on a lieu de s'étonner que dans toutes les réunions pour l'avancement des sciences, le corps médical se soit jusqu'à ce jour si peu occupé de toutes les améliorations à introduire dans les hôpitaux ; cette question est d'une telle importance, que seule elle mériterait les honneurs d'un congrès spécial.

Quelles conclusions tirer de ces faits, si ce n'est que ces affections qui ont déterminé la mort étaient anciennes et qu'ils démontrent de la manière la plus évidente la nécessité de modifier le règlement et d'abaisser l'âge de l'admission des enfants dans les hôpitaux, jusqu'à 12 ou 15 mois, pourvu qu'ils soient réellement sevrés ? A cela l'administration de l'Assistance ne manquera pas d'objecter qu'un pareil changement exigeant une augmentation

il meurt trois jours après des suites d'un vaste abcès au voisinage d'un rein. A l'autopsie nous trouvons un calcul urinaire présentant dans son plus grand diamètre plus de deux centimètres. (*Observ.* 3422.)

Agé de 2 ans, admis le 7 janvier 1860 pour une gibbosité des premières vertèbres dorsales, meurt quinze jours après son entrée, à la suite d'une rougeole contractée dans nos salles. A l'autopsie nous trouvons le corps des trois premières vertèbres dorsales entièrement détruit. (*Observ.* 420.) Certainement une semblable lésion n'avait pu se produire dans un espace de temps aussi limité.

notable dans le personnel il en résultera nécessairement un surcroît de dépenses. Cette réponse était facile à prévoir, mais l'abaissement de l'âge d'admission étant une mesure aussi indispensable que celle de l'augmentation des lits de nourrices, la commission n'hésite pas à l'indiquer comme une des plus urgentes améliorations à adopter, et elle est tellement convaincue que cette proposition sera entièrement approuvée par vous, qu'elle ne croit pas devoir s'y arrêter plus longtemps.

Maintenant que nous voici arrivés aux questions litigieuses, nous allons les examiner et les étudier avec d'autant plus de calme et de soin qu'il ne faut pas que le public et surtout le conseil de l'Assistance se laissent surprendre et induire en erreur par des raisonnements plus spécieux que fondés, ou des opinions émises trop légèrement.

Rien en effet n'est plus dangereux que ces jugements précipités, irréfléchis, ou ces paroles inconsidérées qui échappent dans la chaleur de l'improvisation, car ils peuvent donner lieu aux mesures les plus fâcheuses et souvent les plus opposées aux intentions de ceux qui les ont imprudemment provoquées ; et ce qui doit surtout dans cette circonstance nous engager à ne parler qu'après mûre réflexion, c'est qu'une fois la détermination prise, il est bien rare qu'une administration revienne sur ses arrêtés.

Votre commission avait donc à étudier scrupuleusement tout ce qui avait été dit sur cette importante question de l'amélioration des hôpitaux d'enfants, et à vérifier l'exactitude de ce qui, de part et d'autre, avait été avancé ; travail long, pénible, minutieux et peu attrayant, mais comme avant tout elle avait à cœur de vous faire connaître la vérité, elle n'a reculé devant aucune recherche afin d'être bien renseignée, et vous en aurez bientôt la preuve, lorsque nous vous exposerons dans ce rapport les raisons et surtout les faits sur lesquels elle s'est appuyée pour répondre aux diverses remarques présentées par MM. Desprès et de Saint-Germain, et en premier lieu sur ce qui est relatif au nombre de lits de chirurgie consacrés dans les deux hôpitaux d'enfants à une population aussi considérable que celle du département de la Seine [1].

[1] La population du département de la Seine, d'après les derniers recensements, serait de 2,220,060 habitants. Sur ce nombre, 368,268 appartiennent à la banlieue : Sceaux, 161,363 ; Saint-Denis, 206,906.

Pour une population aussi considérable, il n'y a dans les deux hôpitaux d'enfants que 224 lits consacrés aux affections chirurgicales.

A l'Enfant-Jésus.	Chirurgie..	32 lits de garçons,		32 lits de filles.	
	Maladies des yeux.	32	—	32	—
A Sainte-Eugénie...........		51	—	45	—
Total des deux hôpitaux.		115	—	109	—

Non-seulement nos deux honorables collègues trouvent ce chiffre suffisant, mais M. Desprès va plus loin, car « il estime qu'il est trop élevé et que la plupart des enfants qui entrent dans ces établissements, et dont les parents cherchent à se débarrasser, sont voués à la mort, parce qu'ils ne peuvent y être soignés comme ils le seraient dans leurs familles. Il voudrait que les secours à domicile fussent distribués de préférence [1]. »

Pour soutenir une pareille opinion, il faut que notre collègue ait complétement oublié ce qu'il avait vu pendant son court passage dans les deux hôpitaux d'enfants; et pour aller jusqu'à dire que le chiffre des lits est aujourd'hui non-seulement suffisant mais trop élevé, il faudrait que la misère et la maladie eussent considérablement diminué; or comme la misère n'engendre que trop souvent la maladie, et que la proportion des indigents va depuis longtemps toujours en augmentant, il n'est pas probable que le nombre des enfants malades ait diminué [2].

Dans des discussions aussi sérieuses et dans des questions aussi précises, les raisonnements et la mémoire ne suffisant pas pour convaincre, M. Desprès a eu raison de demander des preuves plus positives que des souvenirs; ces preuves, heureusement, nous sommes en mesure de les lui fournir, et s'il ne veut pas s'en rapporter à nos relevés, nous l'engageons alors à compulser non pas la statistique officielle des hôpitaux, ce serait perdre son temps, mais les registres d'admission des deux hôpitaux d'enfants, ainsi que les fiches d'inscription, et alors il pourra voir, au moins pour ce qui est de l'hôpital Sainte-Eugénie, que non-seulement, comme le disait M. Sée, il est très-rare qu'il y ait des lits vacants en chirurgie, mais très-souvent, ce qui est au point de vue hygiénique une chose détestable, il y a presque constamment des lits supplémentaires, comme ont pu le constater ceux de nos collègues ayant fait des remplacements à cet hôpital [3].

M. Desprès nous répondra que si nous avions imité sa conduite

[1] *Voy.* Séance du 16 juin, page 514.

[2] Le dernier recensement de la population indigente de Paris, fait en 1874, donne 43,924 ménages, soit 113,733 individus. C'est une augmentation sur 1872 de 4,321 ménages, soit 12,014 indigents.

Depuis l'annexion des communes suburbaines, le nombre des indigents a toujours été en augmentant; de 72,402 indigents, qui était la moyenne des seize années précédentes, il est arrivé au chiffre de 104,941, soit 31,639 indigents de plus qu'en 1860. Consulter pour de plus amples renseignements les derniers rapports de l'Assistance publique sur les secours à domicile, etc.

[3] Dans mon seul service des garçons, qui ne comprenait que 51 lits montés, il m'est arrivé d'avoir quelquefois jusqu'à 12, 15 et 18 enfants couchés par terre sur des matelas, et en même temps 7 ou 8 aux filles, pour les 45 lits réguliers.

et traité à la consultation les fractures du membre supérieur, les plaies des doigts, voire même celles de l'œil, nous aurions pu grandement satisfaire à toutes les exigences et recevoir tous les enfants qui attendaient. Messieurs, à ce compte-là nous comprenons très-bien que l'on aie toujours des lits vacants, le moyen est simple, il suffit d'exclure presque systématiquement des hôpitaux tel ou tel genre de maladie, et de dire que pour elle le traitement externe suffit. Qu'importe que la famille soit malheureuse et que l'apprenti dont le travail apportait déjà un peu de soulagement devienne une charge, désormais les fractures des membres supérieurs, les plaies de l'œil ou des doigts ne seront plus admises à l'hôpital, et l'administration pourra, à cette occasion, introduire dans son règlement un article spécial, comme jadis il y en avait un pour les ulcères.

Messieurs, nous n'avons pas à discuter dans ce rapport les avantages ou les inconvénients de telle ou telle méthode de traitement, attendu que chacun est libre d'obéir à ses convictions, seulement nous rappellerons ce que M. Giraldès disait dernièrement à ce propos ; que plus d'une fois il avait constaté les tristes résultats d'un manque de soins dans des fractures du coude traitées en ville. Dans cette circonstance, non-seulement je m'associe entièrement aux remarques très-justes de notre honorable collègue, mais j'ajouterai que j'avais été si souvent frappé du fâcheux état dans lequel se trouvaient des enfants amenés à la consultation avec des appareils de fracture du membre supérieur appliqués en ville, que j'avais pris l'habitude de les défaire de suite devant les parents, en m'abstenant, quel que fût l'état du blessé, de toute réflexion. Instruits par nous et par leur propre observation du danger résultant de tout retard apporté à cet examen, les internes de garde ne manquaient jamais dans la journée de visiter les appareils des arrivants et de les renouveler. Grâce à cette précaution, que je ne saurais trop recommander, plus d'une fois la gangrène a été prévenue et des amputations évitées ; mais hâtons-nous de le dire, la cause première de ces accidents ne provenait pas d'un appareil mal appliqué, mais de l'incurie des parents, qui avaient complétement négligé de suivre les recommandations du médecin.

Quant à ce qui est des plaies de l'œil, accident assez fréquent chez les enfants et les apprentis, qu'elles soient simples ou compliquées de contusion ou de la présence d'un corps étranger, je crois que nous serons tous ici du même avis sur l'insuffisance et les dangers d'un traitement exécuté par des parents généralement fort peu soigneux. Lorsque la vue est aussi gravement compromise, on ne saurait prendre trop de soins et de précautions pour tâcher de la conserver. Sous ce rapport nul doute que le traitement

à l'hôpital n'offre plus de garanties que celui à domicile, qui n'est presque jamais suivi régulièrement, la plupart des conditions indispensables faisant complétement défaut.

Notre collègue préfère également soigner à la consultation les plaies des doigts, soit; mais qu'il nous permette de lui demander, s'il a oublié que c'est le plus habituellement après ces blessures que le tétanos se déclare[1]; ajoutons que ce n'est pas au moment où la loi sur la surveillance des ateliers vient d'être promulguée et que l'on étudie tous les moyens de préserver les apprentis et les ouvriers contre les accidents de fabrique, qu'il faut refuser l'entrée de l'hôpital à ceux qui ont été victimes de leur imprudence ou de leur peu d'habitude dans l'emploi des machines[2]. Enfin si M. Desprès compte sur l'exactitude et l'obéissance des enfants pour venir régulièrement au traitement externe, nous pouvons lui affirmer qu'il est dans la plus complète erreur.

M. de Saint-Germain n'a pas été aussi loin que M. Desprès et n'a pas demandé comme lui de restreindre le nombre des lits, il s'est borné à dire qu'il le croyait suffisant, attendu qu'il ne pouvait parvenir à compléter son service qu'en allant de temps à autre en médecine, dans la division des chroniques, pour y recueillir les cas de chirurgie.

Messieurs, devant des faits, il faut d'abord s'incliner, quitte plus tard à en rechercher l'explication; mais je prends acte des paroles de notre collègue, parce qu'elles ont une très-grande importance et que jamais peut-être aveu n'a été plus favorable à la cause que nous défendons.

Si on tenait absolument à savoir pourquoi dans l'un des deux hôpitaux d'enfants il y a habituellement des places vacantes en chirurgie, tandis que dans l'autre ce même service est toujours surchargé, on trouverait peut-être, en dehors de l'inégalité du nombre de lits, l'explication de cette différence dans les raisons suivantes : en premier lieu, parce que le jeudi il n'y a pas de consultation à l'hôpital de la rue de Sèvres, ce jour étant plus particulièrement consacré à la clinique ; dès lors, par suite de cet usage, le chirurgien se trouve 52 fois par an, dans l'impossibilité de rece-

[1] Agé de 6 ans qui avait eu, huit jours avant son entrée à l'hôpital, un doigt écrasé; était atteint depuis quarante-huit heures de tétanos, lorsqu'il fut admis dans mon service le 12 avril 1864. La mort arriva le même jour. (*Observ.* 1828.)

[2] Le relevé suivant donnera une idée de la fréquence des accidents résultant soit de l'imprudence ou du manque d'habitude des apprentis. Dans l'espace de onze ans, j'ai été à même de constater, seulement chez les garçons, 57 cas d'écrasement des doigts par des engrenages, et j'ai la conviction d'être bien au-dessous du nombre réel des accidents provenant de la même cause ; de plus, 10 plaies contuses de la main, dont 4 nécessitèrent la désarticulation du poignet.

voir des malades. La seconde raison, ct probablement la véritable, c'est que la population environnante de cet hôpital est beaucoup moins dense et moins malheureuse que celle au milieu de laquelle se trouve l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans les environs de la rue de Sèvres, les habitations sont plus saines, plus acrées, et de plus, il n'y a que fort peu d'industrie.

Que ces explications soient plus ou moins satisfaisantes, là n'est pas la question, mais ce qui est positif, c'est que M. de Saint-Germain ne peut remplir les lits de son service qu'en allant de temps à autre en médecine recruter des cas de chirurgie dans la division des chroniques.

Comment se fait-il donc qu'il y ait en médecine autant d'affections chirurgicales. Cette situation est-ellerégulière, ne présente-t-elle pas des inconvénients, c'est ce que nous examinerons plus tard. Mais dès ce moment nous pourrons indiquer à notre excellent collègue le moyen dc donner à son service une activité digne de son zèle et de son talent.

Étonnée de voir M. de Saint-Germain en ctre réduit à glaner dans les salles de médecine et désirant surtout ne pas laisser plus longtemps inoccupés un certain nombre de lits, alors que tant d'enfants gravement malades sollicitent depuis longtemps la faveur d'être admis, votre commission a pensé qu'il suffirait pour atteindre ce but d'envoyer chaque jour au bureau central le mouvement des deux hôpitaux d'enfants, comme cela se fait pour les hôpitaux d'adultes, et d'autoriser nos honorablès collègues chargés dc ce service, à signer des billets d'admission, mais seulement pour ceux des enfants atteints d'affections aiguës ou nécessitant une opération.

La commission en proposant l'admission par la voie du bureau central a cru ne devoir accorder cette facilité que pour les seuls cas que nous venons d'indiquer, et elle a tenu à les bien préciser, afin d'éviter, tout en venant en aide aux malheureux, d'encombrer et de paralyser les services.

Cette mesure est d'autant plus facile à mettre de suite à exécution, que tous les jours le mouvement des deux hôpitaux d'enfants est envoyé à l'adminitrastion et que depuis fort longtemps on a l'habitude au bureau central de remettre aux parents amenant des enfants pour les faire admettre à l'hôpital une carte bleue indiquant, outre l'adresse des deux hôpitaux d'enfants, les jours et les heures de consultations, etc.

Cependant, messieurs, bien qu'il semble, d'après les paroles de M. de Saint-Germain, que le nombre des lits de chirurgie dans lcs hôpitaux d'enfants suffise pour la population dc la Seine, nous croyons devoir de nouveau vous affirmer que c'est là unc dc ces

nombreuses erreurs qu'il ne faut pas laisser passer comme tant d'autres sans réclamer. Faute de recherches suffisantes, l'histoire, comme la statistique, en renferme plus d'une de ce genre, et, sans remonter bien loin, n'avons-nous pas entendu dire par des personnes très-dignes de foi, et n'avons-nous pas lu dans des ouvrages sérieux que les enfants de Paris avaient tous leur place dans les asiles et les écoles primaires, et qu'avant de prendre un parti définitif sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, on avait consulté l'Académie de médecine et la Société de chirurgie [1]?

Si on voulait de suite avoir la preuve irrécusable de l'insuffisance du nombre de lits de chirurgie pour la population du département

[1] Sur ces questions chacun de nous sait à quoi s'en tenir, et l'on se demande comment la personne qui avait donné ces renseignements à l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences, n'a pas pris auparavant la précaution de vérifier par elle-même ces faits, dont le récent rapport de M. Gréard nous démontre l'inexactitude. (*Académie des sciences morales et politiques*, séance du 23 octobre 1875.) Aujourd'hui l'honorable directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, M. Gréard, constate dans son rapport, que malgré un développement considérable donné depuis 1872 aux asiles et aux écoles, il manque encore, pour Paris seulement, 31,000 places. Ces chiffres ont pour nous une grande importance, attendu que ce n'est pas l'enfant de l'école qui nous fournit des blessés, mais l'enfant de la rue, et dans une grande proportion.

Quant à l'autre erreur, c'est encore par suite d'un renseignement inexact que M. Maxime du Camp, qui a si bien jugé le nouvel Hôtel-Dieu en disant : « On est effrayé en pensant à la quantité de malades (800) qu'on pourra engouffrer dans cette vaste caserne, qui à l'heure qu'il est coûte déjà 37,000,000 et chaque lit 52,000 francs ; » et plus loin, « il est vraiment bien difficile de comprendre qu'à notre époque, après l'expérience acquise, malgré les théories formulées par la science, on ait pu penser à bâtir un hôpital dans un endroit assez resserré pour ne comporter ni promenades, ni jardins, ni préaux convenables (*Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1870), » a pu insérer dans son article la phrase suivante ; *avant de prendre un parti définitif, on a consulté l'Académie de médecine et la Société de chirurgie.* Non, c'est là une erreur, jamais ces deux savantes compagnies ne furent consultées, et ce fut là une grande faute, car si on leur eût demandé leur avis, on n'eût pas aussi follement employé le bien des pauvres à construire, au lieu d'un hôpital modèle de 300 à 400 lits avec des préaux spacieux, bien aérés, des pavillons peu élevés, un immense édifice, placé contrairement aux préceptes les plus élémentaires de l'hygiène, presque vis-à-vis une grande caserne.

Dans cette circonstance et avec la conscience de remplir un véritable devoir, la Société de chirurgie prit l'initiative, et, après avoir étudié avec soin et discuté avec calme cette question, elle délégua quelques-uns de ses membres auprès de la commission du Corps législatif dans l'espoir de faire modifier les projets dont on entendait parler. Elle choisit pour se faire représenter MM. Velpeau, Larrey, Legouest, Depaul, Broca, Trélat et Marjolin. D'après la manière dont nos observations furent écoutées et accueillies, il nous sembla que tout n'était pas encore désespéré, mais nos illusions ne furent pas de longue durée, et si quelques personnes désirent connaître de quelle manière cette affaire se termina, nous les engageons beaucoup à lire les rapports

de la Seine, il n'y aurait qu'à inscrire exactement pour prendre rang tous les enfants dont l'état réclame impérieusement le traitement à l'hôpital et à supprimer cette mauvaise division d'aigus et de chroniques qui ne sert qu'à entretenir une confusion aussi fâcheuse pour les malades que pour les chefs de service. Que dès aujourd'hui on mette fin à ce désordre; qu'il n'y ait dans les hôpitaux d'enfants d'autre classement que celui adopté pour les adultes, médecine et chirurgie, et avant deux mois la vérité de ce que nous affirmons sera complétement démontrée.

Messieurs, dans les questions de cette nature, comme on est toujours tenté de croire qu'il se mêle beaucoup d'exagération à un peu de vérité, il est très-important de ne rien avancer qu'on ne puisse prouver par des faits, surtout lorsqu'il s'agit de demander des changements aussi indispensables que celui de l'abaissement de l'âge d'admission. Ayant donc voulu me rendre compte de la proportion des enfants se trouvant dans cette situation, j'eus soin, en janvier et février 1872, de noter à la consultation les enfants au-dessous de 2 ans atteints d'affections chirurgicales. Dans l'espace seulement de 21 jours, il en vint 42, parmi lesquels 11 n'étant pas sevrés, auraient dû être placés dans un service de nourrices. A la même époque, dans le courant de la journée, on amena deux autres enfants, l'un atteint de bronchite et l'autre ayant une fracture du fémur. Malgré le billet d'urgence signé par les internes de garde, ces deux malades furent refusés au bureau.

Messieurs, après nous être attaché à démontrer que, dans les deux hôpitaux d'enfants, le nombre de lits consacrés aux affections chirurgicales était réellement insuffisant pour une population aussi considérable que celle de Paris et de tout le département de la Seine, nous devons, avant de vous entretenir des conséquences fâcheuses d'une pareille situation, vous expliquer comment un fait aussi évident que déplorable avait pu jusqu'à ce jour rester en

de notre regretté collègue Lorain et de M. le professeur Broca, insérés dans les nos 31 et 32 de la *Revue scientifique*, janvier 1872.

En définitive, ni l'Académie des sciences, ni l'Académie de médecine, ni le conseil général d'hygiène, ni la commission d'hygiène près du ministre de l'intérieur, ni le corps médical des hôpitaux ne furent consultés dans cette grave question dont la solution a été si déplorable; car après avoir dépensé des millions à élever ce somptueux monument, il a fallu faire encore de nouvelles et considérables dépenses pour le rendre, non pas bon, mais moins insalubre, en démolissant un étage dans toute l'étendue des bâtiments. En résumé, cet hôpital, qui devait être le modele le plus parfait, le type par excellence de tous les hôpitaux futurs, restera dans l'avenir comme une preuve irréfutable du mal résultant d'une obstination aveugle et d'une volonté absolue se mettant au-dessus des conseils des hommes les plus éclairés et ne comptant pour rien leur expérience.

quelque sorte ignoré. Cela a tenu à bien peu de chose, à une répartition ou une classification des malades faite contre toutes les règles de la science et du sens commun et reposant uniquement sur ces deux mots aigus et chroniques.

Que dans un cours de pathologie on établisse, d'après les symptômes, une division entre la maladie à l'état aigu et la maladie passée à l'état chronique pour en déduire les indications thérapeutiques, rien de mieux, mais cette distinction n'en change pas la nature et elle reste toujours ou médicale ou chirurgicale. Pourquoi donc avoir réuni et confondu ensemble dans le même service des affections aussi disparates que des dartres, des teignes, des coxalgies, des tumeurs blanches, des abcès par congestion, et pourquoi persister à maintenir encore cette division des aigus et des chroniques, contre laquelle le bon sens, la science et l'humanité protestent.

Le bon sens parce que la raison s'y oppose; la science parce qu'il est tout naturel que celui qui est entré comme médecin dans les hôpitaux ait dans son service des cas de médecine et non de chirurgie : aussi ne comprend-on pas comment l'agrégé chargé actuellement du cours de clinique des maladies de l'enfance soit précisément celui auquel appartient le service des chroniques. Rien ne saurait donner une meilleure idée de l'étrangeté et du non-sens d'une pareille division que le fait suivant, que nous rappelait dernièrement M. Giraldès : ce ne fut que deux ans après sa nomination à l'hôpital de la rue de Sèvres, que les salles de garçons consacrées aux maladies des yeux lui furent rendues; jusque-là elles avaient fait partie d'un service de médecine, tandis que les filles atteintes des mêmes affections dépendaient de la chirurgie. Certes si quelque chose est inexplicable, c'est bien une aussi bizarre répartition.

En disant que le maintien de cette classification est entièrement contraire aux sentiments d'humanité qui dirigent dans tous leurs actes les membres du conseil de surveillance des hôpitaux, j'ai la certitude de ne pas me tromper, car s'ils m'entendaient et s'ils pouvaient se faire une idée exacte de toutes les affreuses misères et des maux trop souvent incurables dont sont affligés ces malheureux inscrits dans cette longue liste des chroniques, s'ils connaissaient les souffrances et les privations qu'ils endurent, attendant un lit pendant des mois, avant peu ils auraient mis un terme à cette déplorable confusion et chaque enfant, suivant son genre de maladie, serait comme dans les hôpitaux d'adultes, réparti à son entrée, en médecine ou en chirurgie.

Messieurs, si nous insistons autant pour obtenir cette importante rectification dans la division des services, c'est que maintes fois

nous avons vu des enfants inscrits depuis longtemps comme chroniques n'entrer dans notre service que pour y subir, presque de suite et d'urgence, l'amputation d'un membre; quelquefois ils survivaient à peine quelques jours à leur admission, d'autres fois, et nous pouvons l'affirmer, ayant eu entre les mains les lettres des parents, la mort avait devancé cette époque si longtemps désirée de l'appel.

Pour être obligé de recourir à l'amputation de la cuisse chez un enfant de 2 ans 1/2, ayant une tumeur blanche du genou suppurée, il fallait certes que son état fût bien grave, pour en venir à une aussi cruelle extrémité quatre jours après son entrée à l'hôpital [1].

Dans le monde, lorsque l'on n'est pas soi-même malade, on croit tellement qu'une affection chronique n'a rien de grave, que c'est à peine si on y fait attention ; aussi s'inquiète-t-on fort peu de ces enfants classés dans cette catégorie. Cependant si l'on voulait se donner la peine de rapprocher de la date de leur entrée, celle de leur mort ou de songer à la douleur des parents lorsque nous leur apprenons qu'il ne nous reste d'autre ressource que l'amputation, ou que leur enfant restera toute sa vie estropié, on finirait peut-être par nous croire et s'occuper un peu plus de ces malheureux chroniques, cent fois plus malades et plus à plaindre que s'ils avaient deux ou trois fractures.

Lorsque nous avons dit que non-seulement le bon sens et l'humanité protestaient contre le maintien de cette division d'aigus et de chroniques, nous n'avons rien avancé qui ne fût juste et vrai; mais il y a encore une autre raison puissante à faire valoir pour obtenir cette réforme, c'est celle de l'instruction. Messieurs, si les élèves qui suivaient les cliniques d'Andral, de Bouillaud, de Chomel et de Louis n'avaient trouvé dans les services de ces grands maîtres que des coxalgies, des tumeurs blanches ou d'autres maladies chirurgicales, au lieu de rencontrer ce qu'ils cherchaient, des cas de médecine, ils auraient été quelque peu surpris ; or

[1] Agé de 2 ans 1/2, demeurant rue Keller, entre le 27 février 1864, pour une tumeur blanche du genou suppurée; autour de l'articulation il existe de vastes abcès communiquant avec elle. La maladie était arrivée à un tel état de gravité, que je dus pratiquer l'amputation de la cuisse ; malgré l'impossibilité, à cet âge, de tenir constamment l'enfant dans un état convenable de propreté, la cicatrisation se fit très-rapidement et il sortit guéri le 11 avril. (*Observ.* 1791.)

Agé de 12 ans, a une coxalgie suppurée, compliquée de nombreux trajets fistuleux remontant à plus de neuf mois, il entre le 1er juillet 1861 et meurt le 23. (*Observ.* 910.)

Agé de 3 ans inscrit aux chroniques, entre dans mon service le 23 juin 1868 pour une adénite cervicale suppurée, compliquée de gangrène, tout dénote en lui la misère et l'épuisement ; trois jours après son entrée il succombe. (*Observ.* 3597.)

c'est précisément ce qui existe aujourd'hui dans les divisions de chroniques de chacun des deux hôpitaux d'enfants. Ce qui achève enfin de prouver le non-sens de cette division, c'est que tel adolescent qui, étant inscrit aux chroniques, devrait entrer en médecine, sera un mois après ses quinze ans révolus placé en chirurgie, bien que sa maladie n'ait pas changé de nature.

On nous objectera peut-être que l'admission en chirurgie d'un grand nombre de ces maladies du système osseux dont le traitement exige des soins très-prolongés, paralysera l'activité des services et sera nuisible à l'instruction des élèves. Messieurs, à cela il n'y a qu'une réponse à faire : pour qui sont donc faits les hôpitaux et quels sont donc ceux qui auront droit d'y entrer, si ce n'est tous ceux qui souffrent? Et parce qu'une maladie aussi grave qu'une coxalgie, une tumeur blanche, un mal de Pott, affecte d'ordinaire une marche plus lente qu'une périostite phlegmoneuse, négligeons-nous pour cela dans notre pratique en ville de lui consacrer notre temps et notre attention ? loin de là, nous nous efforçons, au contraire, par tous les moyens connus d'arrêter ses progrès et de prévenir une fâcheuse terminaison.

Aussi sous ce rapport croyons-nous que l'élève qui aura observé avec attention par quelle manière on était arrivé non-seulement à enrayer la marche d'une tumeur blanche, mais à conserver ou ramener les mouvements dans une articulation malade et surtout à éviter une de ces grandes opérations si fréquentes dans les hôpitaux et si rares en ville, aura certainement plus profité que s'il n'avait fait autre chose que d'appliquer des appareils de fractures. Ce n'est pas qu'il n'y ait partout et toujours à apprendre; mais en chirurgie et notamment chez les enfants, il y a une série d'affections contre lesquelles trop souvent l'expérience la plus consommée vient échouer, ce sont ces mêmes maladies du système osseux à l'étude desquelles on ne saurait jamais trop s'appliquer, et dont le traitement est d'autant plus intéressant à étudier et à comparer, que sans cesse nous le voyons changer, non-seulement suivant les cas, mais suivant les époques et les doctrines, et qu'il n'y a peut-être pas en chirurgie de question plus obscure et plus difficile.

En ville, dans la classe aisée, on connaît si bien le danger de ces affections, qu'on ne néglige aucun moyen thérapeutique pour les arrêter, et si dans la classe pauvre leur terminaison est souvent moins heureuse, c'est que rarement nous sommes appelés dès le début auprès des malades, que pendant longtemps ils ont manqué de soins, que durant des semaines, des mois ils ont attendu leur tour d'admission vivant misérablement dans un milieu dont l'insalubrité ne pouvait qu'augmenter la gravité de leur état, et que

nous ne les voyons trop souvent que lorsque l'affection est déjà arrivée à une période fort avancée.

Enfin une dernière cause de l'aggravation de ces maladies, c'est qu'à un moment donné, lorsque le changement d'air et l'envoi à la campagne pourraient, en modifiant complétement sa constitution, ramener l'enfant à la santé, ces moyens si précieux nous font encore assez fréquemment défaut, attendu que les trois hôpitaux annexes situés hors Paris ne suffisent même pas toujours aux nombreuses exigences des services et aux inscriptions faites à la consultation [1].

Après ces divers renseignements, vous devez, Messieurs, comprendre notre étonnement, lorsque nous avons entendu soutenir que non-seulement le nombre des lits d'enfants dans les services de chirurgie était suffisant pour la population de Paris et du département de la Seine, mais qu'il fallait encore le restreindre.

Ne pouvant alors, par suite du manque de place, diriger soit sur Berk, Forges ou La Roche-Guyon, des enfants dont la santé réclame impérieusement l'envoi à la campagne et d'autre part ne pouvant les rendre à leurs familles, leur état exigeant encore des soins et une surveillance continus, nous sommes, malgré nous, contraints de les garder dans les salles et d'attendre jusqu'au prochain départ; circonstance très-fâcheuse, non-seulement parce qu'elle retarde leur rétablissement et paralyse l'activité du service, mais parce qu'elle les expose à contracter quelque maladie contagieuse.

Messieurs, nous vous avons signalé les principaux vices de cette mauvaise division, mais il en est encore un que nous ne saurions passer sous silence parce que nous avons été à même de l'observer plus d'une fois et que les malades en ont réellement souffert. C'est l'intervention administrative et son contrôle dans les décisions des chefs de service, lorsqu'il s'agit, vu l'état grave d'un malade inscrit aux chroniques, non pas d'obtenir un tour de faveur, l'expression serait bien mal choisie, mais simplement de hâter son admission, ou de l'admettre directement en chirurgie tant son état est désespéré.

Dans ces cas, attendu que c'est une question de compétence, il ne devrait jamais y avoir d'autres décisions que celle des médecins, et comme nous sommes les premiers à respecter celles du directeur de l'Assistance, lorsque sur les renseignements des visiteurs, il refuse avec beaucoup de raison le traitement interne gratuit à des personnes en position de payer, nous demandons à notre tour

[1] Les trois hôpitaux de Berck, Forges et La Roche-Guyon contiennent environ 800 lits, garçons et filles.

que désormais nos avis motivés sur l'urgence d'une admission ne soient plus contestés, mais sérieusement pris en considération.

Jus cuique suum.

Lorsqu'après de longues années de service on est arrivé à bien connaître tout ce qui intéresse ces nombreux malades confondus pêle-mêle dans cette catégorie des chroniques, il y a un devoir, une obligation à remplir, c'est de vous demander d'intervenir auprès de l'administration de l'Assistance publique et d'user de toute votre influence auprès des membres du conseil de surveillance, pour que l'on avise promptement aux moyens d'abréger l'époque de l'admission à l'hôpital de ces malheureux enfants, non-seulement par humanité, mais pour leur conserver quelques chances de guérison.

Maintenant, Messieurs, que le rapporteur de la commission vous a en quelque sorte initiés à tous ces détails intimes, ne vous étonnez plus s'il a tant insisté sur les inconvénients de cette division des aigus et des chroniques. Cette question était de la plus haute importance et il était indispensable que tous ces faits vous fussent exposés pour vous faire bien connaître la vérité.

Je voudrais, Messieurs, ne pas abuser de vos moments et abréger le plus possible ce rapport, mais la commission ne pouvait laisser sans réponse tout ce que M. Desprès avait avancé.

Que nous disait notre collègue dans la séance du 16 juin ? « Que « la plupart des enfants admis à l'hôpital, y étaient conduits par « des parents cherchant à s'en débarrasser et qu'ils étaient voués « à la mort, parce que dans nos services ils ne pouvaient y être « soignés comme ils le seraient dans leurs familles ; et d'après cela « il voudrait que l'on distribuât de préférence des secours à do- « micile. »

Poursuivi sans doute par le souvenir d'un de ces tristes exemples qui ne peuvent s'effacer de la mémoire, il a fait d'une exception une règle presque générale, et, dans son entraînement irréfléchi, il a accusé bien à tort d'honnêtes familles d'ouvriers que huit jours plus tard il réhabilitait en disant : « J'ai vu des enfants malades « que des pères et mères pauvres ou tombés malades ne pouvaient « soigner, recevoir des soins de pauvres moins malheureux qu'eux « et qui étaient leurs voisins dans la même maison » (p. 582).

Cette fois, en vous parlant de ces actes de charité et de mutuelle assistance dont chacun de nous a pu être témoin dans de pauvres ménages, il s'est montré juste et a dit vrai ; mais lorsqu'il vous a représenté comme abandonnés la plupart des enfants conduits à l'hôpital, je ne crains pas de protester au nom de leurs familles et de dire qu'il s'est trompé, et il se trompe encore en ajoutant qu'ils

sont voués à la mort parce qu'ils ne seront pas soignés à l'hôpital comme ils le seraient dans leurs familles.

Venant d'une personne n'ayant jamais mis le pied dans un hôpital d'enfants, ces paroles ne me causeraient aucun étonnement, mais proférées par notre collègue, qui a été à même de voir de quels soins affectueux et incessants ces petits malades sont entourés, j'avoue que je ne reviens pas de ma surprise, et que je voudrais avoir à mon tour des preuves pour me rendre à une opinion aussi étrange.

Non, ce n'est pas parce qu'un enfant aura été admis à l'hôpital qu'il sera voué à une mort certaine, mais parce que le plus habituellement, grâce à l'incurie des parents, il y aura été conduit trop tard, ou que, faute de place, son admission aura été ajournée pendant des mois, voilà la vérité, ne la cherchez pas ailleurs.

Vous nous avez présenté comme le type des vrais parents ceux qui vendent jusqu'à leur lit pour ne pas se séparer de leurs enfants, à ceci permettez-nous de vous répondre : Personne dans cette enceinte n'osera s'élever contre un sentiment aussi naturel et aussi respectable ; mais lorsque l'on a été à même de visiter fréquemment des intérieurs d'ouvriers, de les voir de près, et surtout de connaître et de déplorer les tristes résultats de cette tendresse aveugle dont vous vous plaisez à faire un si grand éloge, nous croyons qu'il est plus sage de chercher à l'éclairer et à la bien diriger que de la donner en exemple ; car, en définitive, lorsque tout sera mis en gage ou vendu, il faudra après tous ces sacrifices inutiles que l'enfant soit encore conduit à l'hôpital, et dans quel état !

Bien que M. Desprès ne soit pas très-partisan de l'hôpital pour les enfants, il reconnaît cependant qu'il y a des cas où il est réellement utile, aussi voudrait-il, dans ces circonstances, qu'il y eût toujours des places disponibles, et on en aurait, dit-il, si, en moyenne, ainsi que l'indique la statistique officielle, on ne gardait pas dans les services les enfants plus de temps que les adultes. Mais que va dire notre collègue lorsqu'il saura qu'il est beaucoup au-dessous de la réalité, attendu que pour être dans le vrai il aurait dû encore ajouter les mois et les années passées à Berck, à La Roche-Guyon, à Forges ? Maintenant a-t-il réfléchi avant de nous opposer ces moyennes, qu'il faut toujours qu'il existe une certaine analogie entre les deux termes d'une comparaison ; or, sous bien des rapports, quoi de plus différent que les mêmes affections chirurgicales chez l'adulte ou chez l'enfant, dont l'état est si souvent compliqué par l'apparition d'une de ces fièvres éruptives qui sont le propre de son âge.

Ainsi tel enfant qui aura été admis en chirurgie pour une fracture

de cuisse, sera exposé à rester un mois et plus dans les salles s'il y contracte le croup, la variole ou la scarlatine; de plus, en dehors de cette cause ou d'autres motifs sur lesquels nous aurons à revenir, il y a encore une raison très-sérieuse qui nous oblige à conserver quelquefois assez longtemps des enfants dans nos salles, c'est afin de prévenir des rechutes, et surtout pour éviter qu'ils ne portent la contagion hors de l'hôpital ; nous avons bien assez des ophthalmies purulentes provenant du dépôt sans exposer encore d'autres personnes à perdre la vue !

A l'occasion des récidives, qu'il nous soit permis de répondre en quelques mots à M. de Saint-Germain ; certainement nous sommes des premiers à convenir qu'il est fort désagréable pour un chef de service de voir continuellement revenir les mêmes enfants avec des ophthalmies scrofuleuses ou des conjonctivites granuleuses, etc.

Mais n'est-il pas plus affligeant de voir ces malheureux exposés à perdre la vue faute de soins suffisants ? Il y a d'ailleurs une autre considération très-sérieuse qui doit nous engager à ne pas leur refuser l'entrée à l'hôpital à chaque nouvelle rechute, c'est que ne pouvant pas toujours être isolés et surveillés suffisamment chez leurs parents, ils portent la contagion partout, infectant parfois, comme nous l'avons constaté, des maisons entières.

L'isolement dans ces cas est une précaution tellement indiquée, et urgente, que nombre de fois nous avons reçu des médecins des bureaux de charité ou des dispensaires d'ophthalmologie, les demandes les plus pressantes d'admission à l'hôpital, motivées par la crainte de voir la contagion se répandre soit dans les familles, les crèches, les asiles ou les écoles.

Ces récidives, ces manifestations générales ou locales étant la preuve que la constitution n'est pas complétement modifiée, tous nos efforts doivent dès lors tendre vers ce but; or, de tous les moyens, le plus puissant et celui qui a donné si souvent les résultats les plus durables et les plus inespérés étant le séjour à la campagne ou au bord de la mer, la commission croit devoir insister sur la nécessité et l'urgence d'agrandir les hôpitaux d'enfants situés hors Paris.

Cette mesure aurait en outre l'avantage de diminuer considérablement les dépenses et de désencombrer immédiatement tous les services et surtout de hâter et consolider la guérison de bien des malades, dont la situation ne fait que s'aggraver, vu le manque de soins convenables.

Mais, nous dira-t-on, vous vous plaignez sans cesse de l'encombrement dans les hôpitaux des grandes villes et des nombreux insuccès, ou pour être plus véridique, d'une mortalité plus considérable après les opérations que dans les hôpitaux des petites villes ;

il y aurait un moyen de remédier à tout ceci et de vous donner pleine et entière satisfaction : ce serait d'améliorer le système de l'assistance à domicile et de lui donner plus d'extension.

Messieurs, votre commission est de trop bonne foi pour ne pas convenir que si l'assistance à domicile était toujours possible, ce serait la réalisation du beau idéal de la philanthropie. Après un semblable aveu, on ne pourra certes pas nous accuser de vouloir la repousser d'une façon absolue et de lui être systématiquement hostile; d'ailleurs, quel est celui d'entre nous qui ne l'a pas pratiquée et ne la pratique pas encore, témoin l'intéressante observation de resection du genou, communiquée par notre honorable président; de plus, comment admettre qu'entre personnes animées d'une même et unique pensée, celle de faire le bien, il puisse exister d'autre sentiment que celui d'une noble émulation ; ne doivent-elles pas, au lieu de se passionner et de chercher à se nuire, saisir toutes les occasions de s'entr'aider et de se prêter un mutuel appui ?

C'est de cette manière que nous avons envisagé la question de l'assistance à domicile, comparée avec l'assistance hospitalière, et nous exposerons avec d'autant plus de franchise et d'impartialité les avantages et les inconvénients de ces deux systèmes qu'il ne faut pas que l'on puisse nous accuser de songer plutôt à notre position dans les hôpitaux qu'aux véritables intérêts des malades.

Les secours à domicile peuvent-ils réellement remplacer autant que quelques personnes le prétendent, le traitement dans les hôpitaux et peut-on par ce moyen suppléer au manque de lits dans ces établissements ? Pour être en état de répondre convenablement à ces questions il faut avoir été à même de comparer les deux modes d'assistance, c'est-à-dire avoir rempli pendant des années en ville et à l'hôpital les fonctions de médecin des pauvres, alors seulement on a une expérience suffisante et l'on est d'autant meilleur juge dans la question, que l'on a pu étudier sans idées préconçues les avantages et les inconvénients des deux systèmes.

Bien avant l'existence des hôpitaux, il s'est trouvé dans tous les pays des personnes charitables dont l'unique occupation fut de se consacrer aux soins des pauvres, mais l'expérience leur ayant bientôt démontré qu'en mettant en commun leur temps et leurs ressources, et en réunissant sous le même toit tous ceux qui étaient dans le plus complet dénuement, elles pourraient mieux les secourir, elles fondèrent les hôpitaux, non pas dans l'intention de s'épargner de la peine et de la fatigue, encore moins pour rompre les liens de la famille, mais pour venir en aide à un plus grand nombre de malheureux. C'était donc déjà reconnaître qu'il y avait des circonstances dans lesquelles l'assistance à domicile est réellement impossible ; mais de ce que des hôpitaux avaient été ouverts, n'en

concluez pas que les pauvres qui pouvaient être traités chez eux furent négligés; loin de là, devenus moins nombreux que par le passé on put leur affecter plus de secours et leur consacrer plus de temps; au demeurant chacun y gagna, et à dater de cette époque la charité adopta en principe ces deux manières d'assistance, celle à domicile et celle à l'hôpital; le bien que l'une était impuissante à faire, l'autre le réalisa et c'est ainsi que toutes deux se complétèrent et firent d'autant plus de bien qu'elles s'entre-aidèrent, unies comme deux sœurs, vivant dans le meilleur accord, ne songeant jamais à empiéter l'une sur l'autre, mais seulement à se perfectionner.

Aujourd'hui que l'expérience a plus que prouvé que chacun de ces deux systèmes ne peut remplacer l'autre, au lieu de passer notre temps à exalter l'un aux dépens de l'autre, mieux vaut l'employer à améliorer les deux et dire : « Ne gênez aucun bien, n'en « arrêtez aucun, ce n'est pas trop des deux pour soulager la mi- « sère[1]. »

Mais si nous reconnaissons que le traitement à domicile présente des avantages incontestables au point de vue moral, comme au point de vue de la réussite des opérations lorsqu'il est véritablement possible, il ne faut pourtant pas se figurer que ces conditions de possibilité matérielle se rencontrent si fréquemment; il suffirait pour s'en convaincre de parcourir les renseignements recueillis par les visiteurs des hôpitaux pour voir que le plus habituellement il n'y a que de la misère et de l'insalubrité, et que l'obligation dans laquelle se trouvent les parents d'aller travailler dehors les empêche de garder et de soigner leurs enfants[2].

Cependant l'idée de l'assistance à domicile est tellement faite pour séduire les personnes qui ne sont pas au courant de la question et auxquelles on représente toujours l'hôpital sous les couleurs les plus sombres et sous l'aspect le plus triste, qu'il est bon aussi de leur parler raison et de leur faire voir que ce système, poussé jusqu'à l'exagération, présente aussi de sérieux dangers non-seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir.

Je n'examinerai pas devant vous si l'autorité devrait, dans des vues d'intérêt public, frapper d'interdit certains logements insalu-

[1] Thiers. Rapport général au nom de la commission de l'assistance et de la prévoyance publique. (Séance de la Chambre des députés, 26 janvier 1850.)

[2] Après avoir compulsé avec soin un grand nombre de fiches de renseignements remplies par les visiteurs de l'Assistance, j'ai acquis la conviction, que si on voulait sérieusement utiliser tous ces documents, qui ont exigé pour être recueillis tant de peine et d'argent, on pourrait en tirer, au profit des malheureux et du pays, des résultats plus avantageux que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

bres, cette question n'étant pas de celles qui doivent nous occuper [1] ; mais je demande, si, comme médecin, c'est faire preuve d'un bon esprit que de pousser l'attachement à un système jusqu'au point de favoriser le développement de maladies que nous devrions, au contraire, nous efforcer de détruire.

Que des personnes, complétement étrangères à la médecine, n'admettent que l'assistance à domicile cela se comprend, mais que nous qui ne savons que trop combien dans toutes les grandes villes et dans tous les grands centres manufacturiers, les logements insalubres, la mauvaise nourriture, l'absence de toute précaution hygiénique, engendrent la maladie et le rachitisme, à ce point qu'il est parfois difficile de trouver le nombre d'hommes voulu pour le contingent, nous nous obstinions à vouloir soigner dans de véritables cloaques des malades que l'on pourrait rendre à la santé, à la vie, en les plaçant dans des conditions plus favorables et cela pour soutenir un système, non ce n'est pas admissible, car ce serait le comble de la déraison.

En effet, si la phthisie, cette manifestation si commune et si meurtrière de la tuberculose, est contagieuse, comme quelques médecins observateurs consciencieux et attentifs le soutiennent aujourd'hui en s'appuyant sur des faits, faut-il favoriser la propagation d'un pareil fléau en maintenant au milieu de sa famille, dans une chambre étroite, malsaine, le malheureux atteint de cette affreuse maladie, et n'est-ce donc pas assez de l'hérédité sans aller encore appeler la contagion en aide pour augmenter le nombre des victimes ?

Mais admettons pour un moment que le logement soit convenable, qu'il ne s'agisse surtout pas d'une affection contagieuse, en un mot que le petit malade, car il est toujours question d'un enfant, se trouve réellement dans des conditions assez bonnes pour recevoir des soins chez ses parents, ceux-ci seront-ils toujours assez sages, assez raisonnables pour se conformer aux avis du médecin ? Malheureusement, et trop souvent nous pouvons vous affirmer le contraire, et ce n'est que lorsqu'on a passé plusieurs années dans les hôpitaux que l'on peut avoir une idée exacte de leur incurie ou de leur indifférence. Nous avons vu des parents reprendre leurs enfants pour cette seule raison, qu'ils ne voulaient pas qu'on leur donnât aucun médicament ; d'après cela on peut juger du reste [2].

Il y a enfin d'autres circonstances où, sans avoir à redouter le danger de la contagion, on risque, par suite de l'odeur infecte que répandent certains malades, d'occasionner un véritable empoisonne-

[1] Consulter, à propos de cette question, le rapport déjà indiqué de M Thiers.

[2] Un de nos blessés, inscrit au traitement externe de la teigne, fut repris par son père qui ne voulait pas que l'on continuât le traitement pendant son séjour à l'hôpital.

ment parmi les personnes réunies dans le même logement ; ces considérations, et beaucoup d'autres, qu'il serait trop long de développer, indiquent assez que le traitement à domicile n'est pas toujours possible ; aussi malgré toute notre sympathie pour ce genre d'assistance, nous pensons qu'il faut avant tout ne pas dépasser les limites de la raison.

Messieurs, en commençant ce rapport nous vous disions que lorsque l'on demandait des améliorations et des réformes il fallait ne rien oublier ; c'est pour cette raison qu'après avoir insisté sur l'insuffisance du nombre de lits, nous croyons devoir appeler toute votre attention sur la nécessité de créer à Paris deux autres hôpitaux d'enfants dans des quartiers entièrement dépourvus de tout secours.

Très-probablement M. Desprès ne manquera pas de nous répéter qu'il suffirait pour remédier à cette fâcheuse situation « de créer « 10 à 20 lits d'enfants, pour les cas urgents, dans tous les grands « hôpitaux de Paris. Ceci existant en Angleterre, où il n'y a pas « d'hôpital d'enfants. » Séance du 30 juin, page 582.

Il y a quelques années, notre collègue aurait pu nous opposer cet exemple, mais aujourd'hui il se trompe, car il existe chez nos voisins de nombreux hôpitaux d'enfants, et il lui eût suffi pour en avoir la preuve de parcourir la préface des Leçons cliniques des maladies chirurgicales des enfants, par M. Giraldès[1]. Mais peu importe cette légère erreur, il y en a une autre plus sérieuse qu'il est bon de signaler.

A entendre notre honorable collègue : « la clientèle des hôpitaux d'enfants se composerait des malades du quartier, que les parents veulent venir voir souvent et de ceux dont ils veulent se débarrasser, etc. » (Page 581.)

Messieurs, il est naturel que les enfants du voisinage forment le principal chiffre de la clientèle d'un hôpital spécial, surtout lorsque le qnartier est très-populeux et peu aisé ; mais nous recevons en outre un grand nombre d'enfants venant d'arrondissements très-éloignés, et de plus une proportion assez notable venant de la banlieue du département de la Seine, et on peut en avoir la preuve dans le relevé que j'ai fait dans mon service pendant les années 1867, 1868, 1869. Durant cette période, sur 1,282 garçons et 971 filles entrés dans mon service, on trouve que les malades se répartissent de la manière suivante :

[1] Sans parler des hôpitaux existants dans plusieurs grandes villes du Royaume-Uni et de Margate-Hospital, plus particulièrement consacré au traitement des maladies scrofuleuses, il existe, à ma connaissance, seulement à Londres, huit hôpitaux d'enfants : The Asylum for idiots ; Royal infirmary for children ; East London hospital for sick children ; North-Eastern hospital for children ; The hospital for hip Diseases in Child-Hood ; Victoria hospital for sick children ; Evelina hospital for sick children.

ARRONDISSEMENTS.	POPULATION.	MAIRIES.	ARRONDISSEMENTS classés d'après la population indigente au 31 décembre 1874.	CHIFFRE de la population indigente.	ARRONDISSEMENTS.	ADMIS EN CHIRURGIE à l'hôpital Sainte-Eugénie classés par arrondissement — Garçons.	Filles.	Total.	OBSERVATIONS.
1er	74,286	Le Louvre	11e	12,144	1er	21	23	44	Le chiffre des indigents de la banlieue m'étant inconnu, je donnerai seulement le chiffre de la population : Sceaux........... 161,363 Saint-Denis........ 206,906 Total........ 368,268 Malades de la banlieue admis en chirurgie pendant le même temps : Garçons.............. 99 Filles.............. 107 Total........... 206 Étrangers au département de la Seine : Garçons...... .... 4 Filles................ 1
2e	73,578	La Bourse	13e	10,209	2e	12	19	31	
3e	89,687	Le Temple	18e	9,615	3e	50	29	79	
4e	95,003	L'Hôtel-de-Ville	5e	9,067	4e	63	54	117	
5e	196,689	Le Panthéon	20e	8,148	5e	45	41	86	
6e	90,788	Le Luxembourg	19e	7,832	6e	9	10	19	
7e	78,553	Le Palais-Bourbon	10e	6,545	7e	6	5	11	
8e	75,796	L'Elysée	15e	6,323	8e	5	9	14	
9e	103.767	L'Opéra	14e	6,323	9e	15	14	29	
10e	135,395	Enclos Saint-Laurent	4e	5,771	10e	53	52	105	
11e	167,393	Popincourt	12e	5,705	11e	395	214	612	
12e	87,678	Reuilly	17e	4,792	12e	147	128	275	
13e	69,431	Les Gobelins	6e	3,887	13e	84	51	135	
14e	60,611	L'Observatoire	7e	3,856	14e	7	8	15	
15e	75,449	Vaugirard	3e	2,797	15e	6	1	7	
16e	43,332	Passy	9e	2,733	16e	4	1	5	
17e	101,804	Batignolles	16e	2,392	17e	16	13	29	
18e	138,109	Montmartre	8e	2,049	18e	72	43	115	
19e	93,174	Buttes-Chaumont	1er	1,784	19e	67	51	118	
20e	92,772	Ménilmontant	2e	1,761	20e	102	90	192	
		Total		113,733					

Nota. — Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce relevé, pour voir qu'il y a plusieurs arrondissements très-malheureux, tels que les 13e, 18e, 19e, 20e qui, se trouvant très-éloignés des deux hôpitaux d'enfants, auraient grand besoin d'un petit hôpital de 200 à 250 lits.

Pour peu que l'on connaisse Paris, on comprendra facilement, comment le 12e arrondissement, qui nous a fourni une assez forte proportion de malades, n'arrive que le onzième comme indigent ; c'est qu'il n'y a véritablement de peuplé que la partie comprise entre le faubourg Saint-Antoine et ce qui touche à la rue de Charenton, le restant étant occupé par la gare de Lyon, Mazas, les caves, les chantiers de Bercy et d'immenses terrains vagues.

J'ajouterai que, bien que beaucoup de parents conduisent leurs enfants à l'hôpital le plus voisin pour y demander une consultation, ou quelquefois les faire panser, la majeure partie préfère, malgré une distance excessive, venir rue de Sèvres ou rue de Charenton, non-seulement pour faire admettre leurs enfants, mais aussi pour obtenir des bains et des médicaments qui ne leur sont délivrés que dans ces deux hôpitaux et à Saint-Louis.

C'est pour venir en aide à des arrondissements dont la population indigente, très-nombreuse, est privée de moyens suffisants de secours que la commission regarde comme nécessaire la création de deux autres hôpitaux d'enfants de 200 à 250 lits.

De cette manière les parents trouvant tout à côté d'eux les soins qu'ils vont chercher à de si grandes distances, ne seraient plus forcés à l'avenir de sacrifier chaque jour leur matinée et plus, pour venir au traitement externe chercher des médicaments ou faire panser leurs enfants ; moins éloignés ils auraient en outre la douce satisfaction de pouvoir les visiter plus facilement.

Puisque nous venons de vous parler des visites, qu'il nous soit permis de vous donner quelques détails sur la coutume adoptée dans les hôpitaux d'enfants. Bien que nous soyons tous d'accord sur les inconvénients résultant pour les malades des visites en dehors des jours consacrés, vous devez comprendre que, dans des hôpitaux d'enfants, il y a des raisons pour ne pas se montrer aussi sévère que dans les hôpitaux d'adultes, aussi est-on très-facile pour accorder des permissions.

Maintenant, puisqu'il est question des enfants formant la clientèle de ces hôpitaux, faut-il laisser croire qu'il y en a beaucoup venus de la campagne ; non, car ce serait encore une nouvelle erreur. A la vérité il y a quelquefois dans les hôpitaux de Paris des enfants étrangers au département de la Seine, mais ces malades, venus pour subir des opérations qui n'auraient pu être pratiquées dans leur pays, sont, comme les adultes, admis exceptionnellement et payent à l'avance les frais de leur séjour. On peut de plus certifier, sans se tromper, que le nombre de ces enfants est très-restreint, attendu que l'administration apporte le plus grand soin à être parfaitement renseignée sur la position de chaque individu entrant à l'hôpital, et, d'après ce que j'ai été à même de constater, je puis vous affirmer qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de ces admissions exceptionnelles, car elles sont tellement rares que dans l'espace de 3 années sur 2,253 malades reçus dans mon service, il y a eu en tout 4 garçons et une fille étrangers au département de la Seine.

La commission, après avoir examiné les diverses questions relatives à l'insuffisance du nombre des lits de nourrice, à l'abaisse-

ment de l'âge d'admission, à l'augmentation du nombre des lits à Paris et à la campagne, et au traitement à domicile, avait, avant de vous soumettre ses conclusions, à vous parler de plusieurs améliorations des plus indispensables à introduire dans les hôpitaux d'enfants, c'est ce qui constituera la seconde partie de ce rapport.

La première et la plus importante de ces améliorations, réclamée depuis longtemps par tout le corps médical et qui devrait, comme dans les hôpitaux militaires, être adoptée dans tous nos hôpitaux, c'est la création de salles d'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses ; et si cette mesure a été reconnue nécessaire dans les services d'adultes, et si elle est appliquée à la Maison municipale de santé, elle est bien autrement indispensable dans les hôpitaux d'enfants, où nous voyons presque continuellement une épidémie succéder à une autre [1]. Chez les enfants atteints d'affections chirurgicales, ces complications sont d'autant plus dangereuses qu'ils sont plus jeunes, et que la plupart du temps ils sont déjà épuisés par la souffrance et d'anciennes suppurations. Chez les blessés ou les opérés, ces maladies intercurrentes venant s'ajouter à d'autres lésions simples ou graves, contribuent considérablement à augmenter le chiffre de la mortalité. Il y a donc urgence à établir de véritables salles d'isolement [2], et non de simples séparations dans les salles, ce dernier moyen étant tout à fait illusoire. Une autre raison, non moins impérieuse pour l'adoption de cette mesure, c'est l'odeur aussi infecte que malsaine s'exhalant des brûlures et des ulcérations gangréneuses de la face, consécutives à la rougeole. Dans ces derniers cas surtout, l'aspect et l'odeur sont si repoussants que plus d'une fois nous avons vu des parents retirer leurs enfants lorsqu'ils étaient voisins du lit occupé par ces malades. En pareille circonstance, à plusieurs reprises et par mesure de précaution, nous avons même été obligé de reléguer ces malheureux dans la salle d'opérations, ce qui rendait la surveillance et le service très-difficiles [3].

[1] Plus d'une fois j'ai vu, dans son service de médecine, mon excellent collègue Barthez être obligé de fermer une de ses salles à la suite d'épidémies.

[2] Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux d'enfants qu'il faut s'occuper d'introduire l'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses, mais aussi dans un autre établissement connu sous le nom de dépôt, dépendant entièrement de l'Assistance publique et n'ayant aucun rapport avec celui de la préfecture de police. Le dépôt de l'Assistance, où sont conduits les enfants pendant la durée du séjour de leurs parents soit à l'hôpital, soit dans une des maisons de détention du département de la Seine, fait partie de l'hospice des Enfants Assistés. Si nous croyons devoir demander que dans cette maison on isole très-rigoureusement tout enfant atteint d'affection contagieuse, c'est que de 1869 à 1871, et seulement en ne comptant que les garçons, nous avons reçu dans notre service 69 malades, qui avaient contracté l'ophthalmie purulente durant leur séjour au dépôt.

[3] Maintes fois j'ai vu, au moment où régnaient dans nos salles des épidémies

L'isolement pour les maladies contagieuses obtenu, ce serait déjà un grand progrès pour diminuer dans les hôpitaux les causes de la mortalité, mais il y a une amélioration non moins importante à introduire, c'est l'alternance des salles.

Messieurs, lorsque des observations faites avec soin pendant plusieurs années, à Paris, dans les hôpitaux militaires, ont démontré de la manière la plus évidente qu'il suffisait, pour diminuer sensiblement la mortalité, de faire chaque année évacuer successivement toutes les salles d'un hôpital et de les laisser reposer pendant un certain temps, pourquoi ne pas insister auprès du conseil de surveillance des hôpitaux pour obtenir l'introduction dans nos hôpitaux de cette excellente mesure de l'alternance. Aujourd'hui que l'expérience est faite et que nous avons entendu nos honorables collègues, MM. Larrey et Legouest [1], nous faire part des résultats intéressants obtenus depuis cette innovation, ce serait un grand tort de notre part de ne pas signaler ces faits au conseil de surveillance de l'Assistance publique [2]. Quelle est en effet la raison pour laquelle il y une si grande différence dans le chiffre de la mortalité parmi les opérés dans les hôpitaux des petites villes et les hôpitaux des grandes villes ? C'est que dans les premiers il est rare que tous les lits soient constamment occupés, ce qui constitue une sorte d'alternance ; dans les seconds, au contraire, pendant les quatre ou cinq années que les salles restent sans réparation, elles ne désemplissent jamais, de telle sorte que les murs sont littéralement imprégnés de miasmes et que, pour garantir les blessés ou les opérés contre l'intoxication, il faut, comme le fait notre collègue M. A. Guérin, enfermer la plaie dans un épais

de rougeole, de scarlatine, de variole, d'érysipèles, d'ophtalmies purulentes ou d'angines diphthéritiques, les parents retirer leurs enfants. Cette conduite très-prudente, que nous étions les premiers à conseiller, n'était que trop motivée par les effets désastreux que ces affections produisaient sur nos malades, la plupart du temps très-faibles et très-épuisés.

Agé de 5 ans 1/2, entre dans notre service le 21 décembre 1863 pour une tumeur blanche du genou, assez grave pour nécessiter l'amputation de la cuisse le 15 du mois suivant ; deux jours après, le 17, il contracte le croup dans la salle, rend des fausses membranes, sort guéri le 6 mars 1864. (*Observ.* 1726.)

[1] Consulter à ce sujet les relevés donnés par M. Legouest. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. V, 2e série.)

[2] Une des observations les plus probantes en faveur des avantages du système de l'alternance est celle qui fut communiquée par M. A. Guérin, lors de la discussion relative à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. « Lorsque je suis arrivé à l'hôpital Saint-Louis, les salles venaient d'être entièrement remises à neuf; les résultats opératoires des premiers mois furent admirables; une infection purulente se déclara; depuis, cela n'a pas cessé, et il en sera ainsi tant que nous n'aurons pas de chambre d'isolement. » (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. V, 2e série.)

manchon d'ouate ; à ce moyen nouveau, qui a déjà sauvé la vie à un assez grand nombre de malades, ajoutons celui de l'alternance, et nous aurons alors réalisé un véritable progrès.

Une autre amélioration à introduire dans les hôpitaux d'enfants, ce serait des salles de récréation, pour ne pas laisser durant les mauvais temps et la mauvaise saison les convalescents séjourner dans les salles, troublant le repos des autres malades et respirant un air vicié.

Lorsque votre commission a pensé que dans l'intérêt des enfants il était indispensable d'abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux, elle s'est appuyée sur des faits, pensant que, de tous les moyens de conviction, c'est toujours le meilleur et le plus puissant; c'est aussi en se fondant sur des observations qu'elle va vous proposer d'apporter encore un changement dans les règlements d'admission relatifs aux teigneux et aux épileptiques.

Quel rapport, nous direz-vous, existe-t-il entre ces maladies et les affections chirurgicales ? En pathologie, à la vérité, il nous serait bien difficile d'en trouver, et cependant vous allez bientôt voir qu'il nous était impossible de ne pas en faire mention dans ce travail destiné à faire connaître les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.

Bannis avec raison des asiles, des écoles et des ateliers, ne pouvant être constamment gardés ou surveillés par leurs parents qui travaillent dehors, ces enfants, abandonnés à eux-mêmes, errant dans les rues, sont exposés dès lors à tous les accidents et deviennent ensuite de véritables vagabonds. Blessés et amenés dans nos services, les uns y propagent une maladie aussi longue que difficile à guérir [1], les autres ne pouvant, par suite de l'absence de salles d'isolement, être séparés du reste des malades, leur donnent le triste et dangereux spectacle de leurs convulsions.

C'est en raison de ces divers motifs que votre commission a cru devoir vous signaler ces deux faits comme dignes de toute votre attention, et ne croyez pas que nous ayons rarement à constater l'existence de la teigne chez des enfants entrés pour des affections chirurgicales ; en quelques années je l'ai observée 39 fois seulement chez les garçons. Quelle avait été l'origine première de cette maladie ? Je ne saurais mieux faire, pour les personnes qui veulent étudier cette question, que de les engager à lire le consciencieux et intéressant travail de M. E.-J. Bergeron, notre collègue de Sainte-Eugénie [1].

1 La durée moyenne du traitement de la teigne tondante est généralement d'un an.

2 *Annales d'hygiène*, t. XXIII, 2e série, 1865.

D'après ses nombreuses recherches, « toutes les *teignes tondantes*, sans exception, avaient pris naissance à Paris, soit dans les salles d'asile, soit dans les écoles, soit même dans nos hôpitaux, par transmission directe (page 23). » Un pareil fait n'est-il pas une preuve irrécusable que dans tous ces établissements, ainsi que dans les Orphelinats, Providences, Colonies agricoles et Refuges, il faudrait exercer une surveillance plus rigoureuse que celle qui existe généralement? Ce qui doit surtout nous engager à insister pour que l'on donne au traitement interne une extension beaucoup plus considérable que celle qui existe actuellement, ce sont les lignes suivantes empruntées au même travail: « Si je ne suis pas en mesure de prouver que la teigne tondante fait des progrès dans la population parisienne, je puis du moins affirmer que, depuis plusieurs années, elle n'a pas diminué de fréquence. Or, ne doit-on pas craindre que d'un moment à l'autre elle ne gagne du terrain, et que, des salles d'asile ou des écoles primaires, elle ne se propage dans les pensionnats et dans les colléges, si on ne la poursuit pas simultanément partout où l'on peut soupçonner qu'elle existe, de façon à faire disparaître enfin quelques foyers de propagation qui alimentent constamment nos services de teigneux.»

Du 15 mars 1854 au 31 décembre 1862, 719 enfants avaient été traités à Sainte-Eugénie (traitement interne), 381 garçons et 338 filles.

La teigne exigeant pendant des mois un traitement fait avec le plus grand soin, et par suite des dépenses considérables de la part de l'Assistance publique, on comprend toute l'importance qu'il y avait non-seulement d'étudier les divers procédés de traitement, secrets ou autres, et de constater la proportion des guérisons obtenues au traitement interne et au traitement externe. Ce travail comparatif a été fait avec beaucoup de soin et de persévérance, et c'est à la suite de quelques cas de guérison obtenus peut-être plus rapidement dans des familles très-soigneuses et très-assidues au traitement externe, que M. Husson crut devoir, quelques années avant la guerre, diminuer le nombre des lits consacrés au traitement interne de la teigne et instituer le traitement externe sur des bases plus larges. Cette mesure avait le double avantage d'être fort économique et de faciliter aux parents les moyens de faire traiter leurs enfants dans presque tous les hôpitaux, mais elle avait, en revanche, l'immense inconvénient de favoriser l'incurie et la négligence des familles, partant la propagation de la teigne; enfin, comme on avait raison, médicalement parlant, d'exclure des asiles, des écoles et des ateliers tous ces malheureux qui étaient un objet de risée ou de dégoût, ils devinrent les enfants désœuvrés de la rue, exposés, comme nous l'avons vu, à maint accident.

J'ignore quel est aujourd'hui le nombre des teigneux soignés au traitement interne et externe des deux hôpitaux d'enfants, mais d'après le chiffre de ceux qui suivent le traitement externe de l'hôpital Saint-Louis, je suis tenté de croire qu'il est assez considérable, attendu que pour cet hôpital seul il y en avait d'inscrits :

En 1874, 367 ;

En 1875, jusqu'au 16 novembre, 357.

Il y a de plus dans cet hôpital 16 lits de teigneux et 15 lits de teigneuses enfants. Service de M. Lailler.

La seule manière, tout en diminuant les dépenses, d'instituer d'une manière profitable le traitement de la teigne, serait, tout en conservant le traitement externe, de transporter le traitement interne des teigneux hors Paris, dans une maison où ils pourraient travailler et continuer leur éducation.

Enfin, Messieurs, après vous avoir indiqué quelques-unes des améliorations les plus urgentes à introduire dans les hôpitaux d'enfants, il en est une dernière que la commission signale d'une manière toute spéciale à votre sollicitude, c'est celle relative à la modification du règlement interdisant l'admission des épileptiques dans les hôpitaux. Certainement on a raison de soustraire aux autres malades le spectacle pénible de ces malheureux tombant en convulsions, mais d'un autre côté, est-il bien prudent de les laisser dans leurs familles, où ils peuvent non-seulement se blesser grièvement, mais causer de graves accidents ?

Lorsque l'on est au courant des instructions et des circulaires administratives qui les concernent, et qui sont encore plus tristes que celles qui regardent les phthisiques[1], on se sent ému d'un sen-

[1] « Il est deux autres catégories de malades que je recommande à votre attention : je veux parler des épileptiques et des phthisiques.

« Lorsqu'un infortuné atteint d'épilepsie vous est apporté dans le cours d'un accès ou dans l'état d'affaiblissement, résultant d'un accès qui prend fin, vous devez le recueillir et lui faire administrer les soins que cette situation réclame. Il pourrait être placé momentanément sur un lit de l'un des cabinets de consultation et surveillé par le garçon de service, et il ne lui serait permis de sortir ou il ne serait renvoyé que lorsqu'il serait complétement remis et parfaitement en état de regagner son domicile.

« A l'égard des phthisiques, ils ne sont généralement déclarés admissibles par les chefs de service de santé que lorsque leur état permet encore d'espérer un traitement efficace ; dans le cas contraire, ils sont renvoyés au traitement à domicile et soignés par les médecins de ce service. Mais il peut arriver qu'un phthisique, à la dernière période de sa maladie, n'ayant plus de domicile ou privé d'une nourriture suffisante et quelquefois de feu, se présente dans un hôpital. Vous devez alors être averti personnellement, examiner avec soin les circonstances, et vous entendre avec l'un des chefs de service ou avec l'interne de garde, afin que le malade puisse, même sans espoir, recevoir les derniers soins qu'exige sa situation. (Division des hôpitaux et hospices ; circu-

timent de pitié vis-à-vis de ces pauvres enfants atteints de cette épouvantable maladie, et l'on se demande si c'est véritablement remplir son devoir que de rester muet en pareille circonstance. N'est-il pas douloureux de songer que dans une ville comme Paris, ces malheureux ne quitteront leurs familles que pour entrer après une longue attente[1] à Bicêtre ou à la Salpêtrière, la plupart du temps lorsqu'ils seront idiots ou presque incurables, et ne vaudrait-il pas mieux chercher de suite s'il n'y aurait pas moyen de les guérir ou de diminuer la fréquence ou la gravité de leurs accès, en soignant la maladie dès le début, comme l'a dernièrement fait avec un plein succès, à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. E.-J. Bergeron? Le fait est tellement intéressant qu'il mérite d'être connu ; il s'agissait d'une petite fille ayant jusqu'à 80 attaques par jour ; conservez donc dans leurs familles des malades exigeant une surveillance de chaque instant, pouvant se blesser ou blesser les autres; comment dans ce cas notre collègue fit-il pour éluder le règlement ? je l'ignore ; mais ce qu'il est bon de savoir, c'est que les accidents épileptiques disparurent après l'emploi successif du chloral et du bromure de potassium. Ce dernier médicament ne fut donné qu'après avoir obtenu la cessation complète des attaques par l'emploi continu du chloral.

Ce qui démontre la nécessité de s'occuper très-sérieusement de cette question de règlement, c'est que forcément nous n'échappons pas aux inconvénients que l'administration a cherché avec raison

laire n° 265. Nouvelles instructions relatives à l'admission et à la sortie des malades; Paris, 12 avril 1867.) »

[1] Il est très-fâcheux que les admissions à Bicêtre et à la Salpêtrière soient si longues à obtenir, probablement encore par suite de l'insuffisance de places dans la division des épileptiques; parce qu'au bout d'un certain temps les parents, après avoir rempli toutes les formalités nécessaires, changent d'avis, ce qui ajourne alors l'admission des malades jusqu'à ce que de nouvelles demandes soient faites. En voici un exemple :

La dernière fois que l'ai eu à m'occuper de l'admission d'un épileptique, en juillet 1874, il s'agissait d'un garçon de 11 ans 1/2 demeurant rue Mouffetard et malade depuis plus d'un an; effrayé par un chien qui l'avait mordu, il ne tarda pas à avoir des accès. Conduit par ses parents à Sainte-Eugénie et n'ayant pu être admis, il fut alors soigné par le Dr Bouchereau, de l'asile Sainte-Anne. Ce garçon avait des attaques si fréquentes et si prolongées que non-seulement il fut renvoyé de l'école communale, mais que ses parents ne pouvant pas le garder, firent des démarches pour le faire entrer à Bicêtre. Il y avait huit ou neuf mois qu'ils attendaient avec impatience une réponse, lorsqu'averti de ce fait j'en écrivis à M. de Nervaux, pour savoir où en était cette affaire. M. le directeur me répondit de suite que le tour de l'admission de ce malade allait arriver sous peu ; en effet la lettre arriva quelques jours après ; mais alors les parents ayant changé d'idée, ne répondirent même pas, comme je l'ai appris depuis, à la lettre de l'administration.

à prévenir ; en effet, que l'épileptique qui vient d'être refusé pendant son attaque nous soit quelques heures après ramené blessé, nous sommes obligé de le recevoir et de le placer dans une salle commune, avec les autres malades, et il y restera jusqu'à ce qu'il soit guéri de ses blessures, et cela est plus fréquent qu'on ne le croit [1]. Ce sont ces divers motifs qui ont engagé la commission à

[1] X, qui est actuellement épileptique au plus haut degré, a déjà été à plusieurs reprises dans notre service, puis à Bicêtre ; dans le courant de 1867, il rentre deux fois dans mes salles, une fois pour une fracture de l'olécrâne et une autre fois pour un phlegmon de la cuisse. (*Observ.* 3307.)

Agé de 12 ans, entre dans nos salles le 21 juin 1867 pour un phlegmon de la main, consécutif à une piqûre ; ses parents nous préviennent qu'il est épileptique. Durant son séjour jusqu'au 1er juillet, il n'a pas eu d'accès. (*Observ.* 3100.)

Agé de 11 ans, entre dans nos salles le 31 août 1868 pour une fracture des deux os de l'avant-bras gauche au quart inférieur, il a de plus à la cuisse un abcès froid datant de huit mois. Il est sujet à de fréquents accès d'épilepsie ; dans les quatre premiers jours qui ont suivi son entrée, il a eu deux attaques, et jusqu'à sa sortie, le 20 septembre, époque à laquelle il a été repris par ses parents, nous avons noté plusieurs attaques. (*Observ.* 3702.)

Agé de 11 ans, entre dans notre service le 12 juin 1867 pour une plaie contuse du cuir chevelu et une fracture de l'humérus, compliquée de plaie à la partie interne du bras. Le père nous le signale comme épileptique, la mère du blessé, qui est morte, était épileptique. Pendant son séjour dans nos salles, il n'eut aucune attaque ; seulement le 20 juin et les deux jours suivants, il eut des saignements de nez suivis de douleurs dans le cou. Envoyé en convalescence le 15 juillet. (*Observ.* 3089.)

Agé de 5 ans, entre dans notre service le 30 mars 1869 pour des contusions de la tête, il aurait des convulsions épileptiformes ; repris par les parents le 4 avril. (*Observ.* 3963.)

Agé de 11 ans, entre le 8 octobre 1870 pour une fracture de la clavicule et des contusions de la tête ; il serait épileptique depuis l'âge de 2 ans 1/2, il a été soigné pour cette maladie, a passé un an à Bicêtre et en serait sorti il y a deux ans, amélioré. (*Observ.* 4728.)

Nous avons eu encore à soigner dans nos salles un apprenti épileptique, tailleur de limes, âgé de 14 ans, qui dût être transféré d'urgence à l'asile Sainte-Anne, cinq jours après son admission à Sainte-Eugénie, pour une affection des yeux (*Observ.* 4566) ; et un autre apprenti épileptique, âgé de 13 ans, qui avait eu deux doigts écrasés dans une chute, en portant de la fonte. (*Observ.* 4579.)

Albert, 12 ans 1/2, est sujet depuis cinq ans, à la suite d'une frayeur, à de fréquentes attaques d'épilepsie ; il est fils unique, et aucun de ses parents n'est atteint de cette maladie. Il y a trois ans il a été consulter à l'hôpital des enfants, sans demander à entrer, puis a été mené chez un médecin des urines. L'an dernier, étant sorti seul, il fut poussé et tomba dans le canal Saint-Martin ; à dater de ce moment, les accès ont redoublé de fréquence et d'intensité. C'est seulement depuis cette époque qu'il a cessé de fréquenter l'école des frères, du faubourg Saint-Martin. Dans cet établissement, les accès d'épilepsie avaient été si bien constatés, qu'un jour on envoya prévenir la mère pour venir le chercher, crainte qu'il ne lui arriva un accident ; cette précaution

demander que le règlement concernant l'admission des épileptiques fut modifié.

Arrivé au terme de sa tâche, le rapporteur de la commission croit devoir vous remercier, au nom de ses collègues, de l'attention avec laquelle vous avez bien voulu écouter la lecture de ce long travail ; nous aurions voulu restreindre son étendue, mais nous avons été forcé par la nature même de la question, d'entrer dans des détails indispensables pour faire bien comprendre toute son importance, et la nécessité d'introduire certaines améliorations dans les hôpitaux d'enfants, et plus particulièrement dans les services de chirurgie.

Pour répondre à certaines assertions basées plutôt sur des idées personnelles que sur l'observation, il importait avant tout de citer des faits tellement évidents, qu'ils pussent porter la lumière et la conviction parmi les personnes les plus étrangères à ce sujet ; c'est ce que votre rapporteur a compris ; aussi a-t-il constamment suivi cette marche dans l'exposé et l'examen de cette question, aidé des conseils et de l'expérience de ses deux collègues.

Ce n'est pas, Messieurs, la première fois qu'une question d'hygiène hospitalière aura été portée à cette tribune ; combien en effet n'avons-nous pas entendu dans cette enceinte déplorer l'absence dans nos hôpitaux de toutes ces sages mesures, dont l'adoption dans les hôpitaux militaires a, dans l'espace de quelques années, diminué sensiblement la mortalité [1]. Bien que trop souvent on n'ait tenu aucun compte de nos avis et de nos conseils, malgré ces insuccès, nous ne devons pas nous décourager, et tant qu'il restera du bien à faire, il faut nous y employer, témoin dans la

était d'autant plus sage, que le 5 novembre dernier il avait déjà reçu un coup de timon d'omnibus. Cette fois il entre dans notre service le 26 mai 1870 pour une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras gauche, causée par une chute du haut des fortifications, pendant un accès d'épilepsie. Pendant son séjour dans nos salles, ce blessé eut des attaques très-fréquentes, durant lesquelles non-seulement il défaisait son appareil, mais il devenait dangereux pour ses voisins qu'il menaçait ; dans l'intervalle des accès, très-souvent il perdait la raison et proférait les grossièretés les plus révoltantes. Ne pouvant disposer dans l'hôpital d'aucune salle d'isolement où il pût être gardé, et ne pouvant le conserver plus longtemps dans le service, je demandai d'urgence son évacuation sur l'asile de Sainte-Anne, où il fut conduit le 8 juin. (*Observ.* 4546.)

[1] Il n'est pas besoin, dans nos hôpitaux ou nos hospices, d'employer autant d'argent à un luxe inutile d'architecture, et comme l'a fait très à propos remarquer M. Gille, administrateur du bureau de bienfaisance du 14e arrondissement, les petites sœurs des pauvres, qui reçoivent les indigents dans leurs asiles, sont la meilleure preuve que l'on peut arriver à d'aussi bons résultats que dans les hospices, avec des ressources bien inférieures. (Rapport sur le service des secours à domicile pour l'année 1874.)

question qui nous occupe aujourd'hui ; question importante, qui serait comme beaucoup d'autres du même genre jugée depuis longtemps, si, conformément aux vœux exprimés par l'Académie de médecine, en 1861 et 1862, on avait institué près de l'administration de l'Assistance publique une commission permanente d'hygiène chargée de l'étude et de l'examen de ces questions.

La commission, après avoir étudié les points les plus importants relatifs aux améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants, a l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

1° Le nombre des lits de nourrices étant insuffisant, il est indispensable de l'augmenter, en ayant soin de répartir les malades suivant la nature de leurs affections en médecine ou en chirurgie ;

2° Le nombre des lits consacrés, dans les hôpitaux d'enfants, aux affections chirurgicales, étant insuffisant pour la population de Paris et du département de la Seine, il y a lieu également de l'augmenter ;

3° L'observation ayant démontré que très-fréquemment des enfants au-dessous de 2 ans sont atteints d'affections chirurgicales très-graves, il y est indispensable d'abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux, jusqu'au moment où ils sont réellement sevrés ;

4° Afin de ne pas laisser sans emploi les lits qui ne seraient pas occupés, envoyer chaque jour le mouvement à l'administration, comme on le fait dans les hôpitaux d'adultes ; de plus autoriser les médecins du bureau central à signer des billets d'admission, seulement dans les cas aigus ou réclamant une opération ;

5° N'autoriser l'admission d'enfants dans les hôpitaux d'adultes que dans les cas exceptionnels indiqués dans les règlements ;

6° Supprimer la division des chroniques et séparer comme dans les hôpitaux d'adultes les services d'enfants en médecine et en chirurgie ;

7° Augmenter le nombre des lits dans les divers hôpitaux situés hors Paris ;

8° Créer à Paris, dans deux des arrondissements les plus éloignés et les plus malheureux, deux nouveaux hôpitaux d'enfants ;

9° Établir dans chaque hôpital des salles d'isolement pour les maladies contagieuses, et de plus des salles de rechange et des salles de récréation ;

10° Afin de s'opposer à la propagation de l'ophthalmie purulente et pour en préserver les enfants qui entrent bien portants au dépôt, isoler avec le plus grand soin tous ceux qui, dans cette maison, sont atteints de cette affection contagieuse ;

11° Également dans le but d'empêcher que la teigne ne prenne

une plus grande extension, exercer dans les asiles, les écoles et autres établissements consacrés aux enfants, une surveillance plus active et plus régulière ;

12° Organiser sur une base plus large le service interne des teigneux, tout en conservant le traitement externe ;

13° Ouvrir dans les hôpitaux d'enfants et dans quelques hôpitaux d'adultes des salles uniquement réservées aux épileptiques en traitement.

Séance du 1er décembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Une lettre du professeur Cras, de Brest, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant national.—Une note de M. Cazin, membre correspondant à Boulogne, sur une modification de l'opération de M. Rigaud, pour la *cure radicale des varices*.—De la part de M. Maurel, médecin de 1re classe de la marine : 1° *Thèse sur la pulpite aiguë et chronique ;* 2° *Mémoires sur les luxations dentaires ;* 3° *Mémoire sur la luxation et les fractures des dents.* — Une lettre de M. Macado, de Vénézuela, *sur le traitement des rétrécissements compliqués ou non de fausses routes.*

M. le président fait part à la Société de la mort qui vient de frapper M. Giraldès, un de ses membres, et lève immédiatement la séance.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 8 décembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Les bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. I, n° 10. — *De la chirurgie militaire, service médical en campagne*, par le Dr M. W. C. Gori, d'Amsterdam. — *Medico chirurgical Transactions*, 52e volume.

Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'urètre. — Des plaies de l'urètre dans la chute à califourchon, 1re partie du traitement d'urgence, par le Dr Ch. Cras, chirurgien, professeur à l'École navale de Brest. (Commission, MM. Trélat, Tillaux, Guyon.) — *Recherches sur un cas de choroïdite purulente*, par Fr. Poncet (de Cluny).

Rapports.

1° M. Ledentu donne lecture du rapport suivant:

Rapport sur un travail de M. le Dr Théophile Anger intitulé : Note sur le traitement des kystes à contenu muqueux par les injections de chlorure de zinc.

Messieurs,

Dans la séance du 10 novembre, M. le Dr Théophile Anger portait à votre connaissance deux cas d'hygroma et deux cas de grenouillette, traités par des injections de chlorure de zinc déliquescent. L'intérêt qui s'attache aujourd'hui à l'emploi des caustiques énergiques, sous la forme liquide, soit dans l'épaisseur des tissus, soit dans les cavités kystiques, m'engage à m'arrêter un instant sur l'application spéciale qu'a faite M. Th. Anger du chlorure de zinc.

Quelle qu'ait été l'idée qui a dirigé M. Anger dans ces tentatives, qu'il ait raison ou tort d'établir une assimilation éloignée entre l'action du chlorure de zinc sur le contenu muqueux de certains kystes et celle des acides digestifs sur l'albumine, il a cherché avant tout à faire disparaître une difficulté que la pratique avait révélée depuis longtemps dans le traitement des kystes à contenu muqueux. C'est une notion vulgaire, que les substances irritantes employées sous forme d'injections échouent le plus souvent contre la résistance que le liquide visqueux auquel on les mélange oppose à leur diffusion. Leur action sur la paroi reste insuffisante

et la guérison n'a pas lieu, ou bien elle n'est que temporaire et tout est à recommencer.

L'insuccès, qui est presque la règle en pareil cas, a donné naissance aux méthodes plus radicales dans lesquelles l'ouverture des kystes et leur cautérisation à ciel ouvert sont souvent combinées, l'incision seule n'étant applicable qu'aux kystes développés dans les bourses séreuses et pouvant même alors rester inefficace. En tout cas la suppuration est l'intermédiaire obligé entre l'acte opératoire et la guérison ; elle guérit en modifiant profondément la structure de la paroi.

M. Théophile Anger a pensé que l'on pourrait arriver au même but sans le secours de cette suppuration provoquée, et il a appliqué à la réalisation de son idée un des caustiques les plus puissants dont dispose la chirurgie. Pousser l'irritation de la paroi assez loin pour la modifier profondément et écarter les chances de récidive, mais pas assez loin pour provoquer la formation du pus ; faire concourir à la résorption du contenu les modifications chimiques que son mélange avec le chlorure de zinc doit forcément y apporter, tel était le plan à exécuter. Voyons si M. Théophile Anger y a réussi.

J'examinerai séparément les deux cas d'hygroma et les deux cas de grenouillette ; mais auparavant je dois rappeler qu'une fois l'injection faite au moyen de la seringue de Pravaz, M. Anger aspire dans le corps de pompe un peu de liquide du kyste, afin d'éviter le contact avec le pourtour de la piqûre du caustique pur qui pourrait s'échapper de la canule.

Dans les deux cas d'hygroma la quantité injectée a été de 3 gouttes ; une réaction inflammatoire assez vive s'en est suivie. La guérison, obtenue en trois semaines dans l'un des cas, en quinze jours dans l'autre, s'est maintenue.

Dans les deux cas de grenouillette, les choses se sont passées moins simplement, et l'on peut relever comme particularités de quelque importance, dans la première observation, l'injection de trois gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc (M. Anger n'en indique pas le titre), le développement rapide d'une douleur très-violente, suivie de près d'une inflammation intense de tout le plancher buccal, qui ne commença à rétrocéder qu'au bout de quatre jours, jusqu'à la guérison complète survenue en quinze jours ; dans la deuxième observation, l'injection d'une seule goutte de chlorure de zinc pur, l'apparition d'une douleur également vive irradiant vers l'oreille gauche, le développement de la même inflammation avec une intensité plus grande encore, puisque la tuméfaction gagna la glande submaxillaire, la région sus-hyoïdienne, la joue et qu'une gouttelette de pus s'échappa un jour de l'orifice du

canal de Wharton. Enfin j'ajouterai que la récidive eut lieu quand même et nécessita une nouvelle injection de chlorure de zinc, qui fut faite par M. Dolbeau et détermina l'apparition d'un abcès sus-hyoïdien.

Par la comparaison des deux groupes d'observations dont je viens de vous présenter le résumé, j'ai mis en relief une différence sensible d'innocuité de ce mode de traitement dans l'hygroma et dans la grenouillette. Je ne vois pas d'objection sérieuse à lui faire en ce qui concerne la première de ces deux maladies, tandis qu'il n'en est plus de même relativement à la seconde. La douleur, ainsi que le reconnaît bien M. Anger, est une circonstance fâcheuse à cause de son intensité toujours grande ; la violence de l'inflammation, la possibilité de la suppuration du tissu cellulaire extra-kystique, constituent également des objections sérieuses. Aussi ne puis-je mieux faire, pour compléter cette critique, que de reproduire les sages réflexions par lesquelles M. Anger termine son travail. Après avoir proposé l'emploi de solutions moins concentrées, il ajoute : « Si l'on parvenait à régler aussi bien le procédé opératoire des kystes muqueux que l'est celui des kystes séreux, nul doute qu'il ne puisse être employé dans des affections beaucoup plus graves que la grenouillette et l'hygroma, par exemple, les kystes muqueux du testicule, des grandes lèvres, du corps thyroïde. Peut-être même parviendrait-on à guérir ainsi certains kystes de l'ovaire qui nécessitent l'opération de l'ovariotomie. »

L'expérience seule fournira une réponse à ces propositions ; mais *à priori* on peut dire qu'il n'est pas irrationnel d'admettre la possibilité de cette généralisation, si les chirurgiens parviennent à se rendre tout à fait maîtres d'un agent aussi énergique que le chlorure de zinc, à atténuer les réactions qu'il provoque, en un mot à supprimer les risques que comporte encore son emploi.

Je termine en proposant le renvoi des observations de M. le Dr Théophile Anger au Comité de publication.

Cette proposition est adoptée.

2° M. Tillaux présente le rapport suivant :

Rapport sur un mémoire de M. le Dr Farabeuf, prosecteur à la Faculté de médecine, intitulé : De la luxation du pouce en arrière.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un très-important mémoire de M. le Dr Farabeuf sur la luxation du pouce en arrière. Grâce au talent d'exposition de l'auteur, à l'originalité des détails

nouveaux qu'il a signalés, vous l'avez écouté avec un vif intérêt. D'ailleurs le sujet y prêtait. N'est-il pas piquant, en effet, de voir une luxation si simple en apparence, d'un accès et d'un diagnostic si faciles, tenir en échec la science et la pratique? Il existe des luxations du pouce qui bravent tous les efforts du chirurgien, qui sont irréductibles et la cause de l'irréductibilité n'est pas encore absolument connue.

M. Farabeuf a longuement étudié et médité son sujet. Commençant par se rendre minutieusement compte des dispositions anatomiques, il fit de nombreuses expériences cadavériques et fut assez heureux ensuite pour appliquer avec succès sur le vivant le procédé de réduction auquel il était arrivé théoriquement.

Je vous rappellerai, messieurs, que dans la luxation du pouce en arrière, celle dans laquelle la tête du métacarpien fait saillie en avant et la phalange en arrière, on a invoqué diverses causes d'irréductibilité: le collet du métacarpien, la boutonnière formée par les ligaments latéraux, par les muscles, l'interposition du tendon du long fléchisseur du pouce et surtout l'interposition entre les surfaces articulaires du ligament antérieur de l'articulation ou ligament glénoïdien. C'est cette dernière cause qui paraît être la vraie, bien qu'il ne faille pas négliger absolument l'action des ligaments et celle des muscles, ainsi que je le montrerai dans un instant. Je ne m'attarderai pas, messieurs, à vous exposer ces diverses causes d'irréductibilité: cela a été fait souvent devant la Société et je ne pourrais que répéter ce qui est consigné dans les auteurs. Je m'appliquerai seulement à vous signaler les points originaux que renferme le mémoire dont j'ai mission de vous rendre compte.

Comme Pailloux, comme Nichet, Roser et bien d'autres, M. Farabeuf est arrivé à la conclusion que la cause essentielle d'irréductibilité est l'interposition du ligament glénoïdien entre les surfaces articulaires, mais il fait jouer à l'appareil sésamoïdien contenu dans l'épaisseur de ce ligament, et principalement à l'os sésamoïde externe, un rôle capital. Je vais tâcher, messieurs, de dégager du très-important mémoire de M. Farabeuf les points nouveaux, de faire comprendre en quoi sa théorie diffère de celles qu'on a proposées jusqu'ici, de dire ce qu'il a ajouté à ses devanciers, tant au point de vue des causes d'irréductibilité que du mode de réduction; je m'efforcerai d'être aussi concis que possible.

Le point de départ, la base de la théorie de M. Farabeuf, c'est le mode d'articulation de ces sésamoïdes avec la phalange. Cet osselet est disposé de façon qu'il peut bien se rabattre dans le sens de la flexion, mais qu'il ne saurait les redresser dans le sens de l'extension; on ne peut appliquer cartilage contre cartilage; l'os

sésamoïde et la surface articulaire de la phalange forment entre eux un angle droit. M. Farabeuf le compare ingénieusement à un battant de table qui s'abaisse, mais ne peut se relever au-dessus du niveau de la table.

La démonstration de ce fait anatomique appartient à M. Farabeuf. Nous en verrons dans un instant la conséquence.

Supposons un mouvement d'extension du pouce suffisant pour déterminer la déchirure du ligament glénoïdien. Où se fera la déchirure? On a eu l'idée ingénieuse de rattacher la réductibilité ou l'irréductibilité de la luxation au point où se fait la déchirure : si elle a lieu à l'insertion métacarpienne, le ligament glénoïdien, entraîné avec la phalange sur le dos du métacarpien, s'interposera et la luxation sera irréductible. La déchirure se fait-elle au contraire à l'insertion phalangienne? le ligament restant attaché au métacarpien, aucun obstacle ne s'opposera à la réduction. Cette hypothèse, émise par M. Michel et plus récemment par M. Marcano, rendrait en effet bien compte des faits ; mais ce n'est qu'une hypothèse. Il suffit d'examiner le mode d'insertion du ligament glénoïdien au métacarpien et à la phalange pour comprendre que l'insertion métacarpienne doit céder la première. D'ailleurs, sur cent expériences, M. Farabeuf n'a pas vu une seule fois l'arrachement se produire à l'insertion phalangienne. Nous pouvons donc accepter comme vraie cette proposition : lorsque le mouvement d'extension du pouce est suffisant pour amener la déchirure du ligament glénoïdien, les os sésamoïdes restent toujours attachés à la phalange.

Si, dans le mouvement d'extension, l'os sésamoïde ne dépasse pas la surface cartilagineuse du métacarpien, la luxation est *incomplète*. Si la phalange est portée plus ou moins loin en arrière sur le dos du métacarpien, entraînant après elle l'os sésamoïde, cela constitue la luxation *complète*. Vient maintenant une troisième variété, à laquelle M. Farabeuf donne le nom de luxation *complexe* et dont le mécanisme est étudié avec le plus grand soin par l'auteur. C'est elle qui rend compte de l'irréductibilité de certaines luxations.

Lorsque la phalange est luxée sur le dos du métacarpien, elle est maintenue dans cette position par la boutonnière musculaire formée des muscles sésamoïdiens. Il en résulte que si l'on rabat le pouce, l'os sésamoïde se renverse de façon à ce que la surface cartilagineuse regarde en haut et qu'il se trouve placé en arrière de la phalange, au lieu d'être placé en avant. C'est ce renversement de l'os sésamoïde qui constitue la luxation complexe.

Étant donnée la disposition des surfaces osseuses, l'impossibilité où est l'os sésamoïde de se fléchir vers la surface articulaire,

la réduction ne peut s'opérer dans ces conditions que si les deux surfaces articulaires sont susceptibles de s'écarter d'une quantité égale à la longueur du sésamoïde, c'est-à-dire d'environ six millimètres. Or, la portion des ligaments qui reste intacte s'oppose à cet écartement, en sorte que la luxation est irréductible.

Le procédé de réduction proposé par M. Farabeuf est basé sur le rapport réciproque des surfaces luxées.

Il faut : 1° Ne jamais rabattre le doigt sur le métacarpien, car c'est le moyen de transformer une luxation complète en luxation *complexe ;*

2° Commencer par redresser le pouce s'il était rabattu ;

3° Saisir la première phalange avec une pince, la tenir perpendiculairement au métacarpien et lui imprimer un mouvement de totalité d'arrière en avant, de façon à chasser l'os sésamoïde. C'est la phalange elle-même qui chasse l'os ;

4° Si la luxation date de quelques jours, imprimer des mouvements de latéralité de façon à terminer la rupture des ligaments latéraux ;

5° Dans le cas de luxation irréductible, faire la section sous-cutanée des deux ligaments latéraux, et réduire ensuite.

En résumé, messieurs, M. Farabeuf me paraît avoir démontré que la cause de l'irréductibilité dans les luxations du pouce provient non-seulement de l'interposition du ligament glénoïdien, mais du renversement de l'os sésamoïde externe, qui vient arc-bouter contre la face dorsale du métacarpien. Il a montré le rôle très-important, bien que secondaire, rempli par la boutonnière musculaire et par les ligaments.

M. Farabeuf a produit devant moi, sur le cadavre, des luxations irréductibles et j'ai pu m'assurer de la réalité du mécanisme qu'il invoque.

Je répète, messieurs, que j'ai eu en vue surtout de dégager du travail de M. Farabeuf les points originaux, de vous en donner la substance, mais vous en avez ainsi une idée bien incomplète. L'auteur a compulsé tout ce qui a été écrit sur ce sujet dans tous les pays ; c'est donc tout à la fois un travail d'érudition, de critique et rempli de vues personnelles. Il est accompagné d'un grand nombre de figures très-habilement exécutées par l'auteur.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, 1° de remercier M. le Dr Farabeuf;

2° De publier intégralement son mémoire dans nos bulletins.

Discussion.

M. Le Fort. J'ai observé cette année deux luxations de ce genre, l'une dans mon service, l'autre dans celui de M. Dolbeau. Je réussis à réduire la première en ramenant d'abord le pouce en arrière, pour le refouler ensuite en avant. Quant à l'autre, le même procédé resta sans succès, et M. Farabeuf ne parvint à remettre le pouce en place qu'après avoir sectionné sous la peau le faisceau externe du court fléchisseur du pouce.

Les conclusions du rapport de M. Tillaux sont adoptées.

3° M. Verneuil lit un rapport sur la note suivante présentée par M. A. Fournier, médecin des hôpitaux.

Dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale.

L'observation suivante, relative à un fait de dégénérescence syphilitique de la glande sub-lingale, m'a paru digne, en raison de sa rareté, d'être soumise à l'attention de la Société de chirurgie. C'est, pour ma part, le seul cas de ce genre que j'aie eu jusqu'ici l'occasion d'observer.

Obs. — M. X...., un de mes clients habituels, âgé d'une trentaine d'années, vint me consulter le 27 octobre 1873 pour des accidents assez singuliers qu'il éprouve vers la bouche. Depuis une quinzaine, dit-il, il ressent une certaine gêne pour parler et pour avaler. Ces derniers jours, ayant introduit le doigt dans la bouche pour chercher la cause de cet embarras, il a reconnu sous la langue, du côté droit, l'existence « de quelque chose de dur, qui a certainement grossi dans ces derniers temps, sans donner lieu cependant à la moindre douleur. » Je remarque, en effet, en l'écoutant me raconter ce qui précède, que la parole est altérée d'une façon assez notable dans l'articulation de quelques mots. Le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche; il parle comme un sujet affecté d'une grenouillette de moyen volume. — Relativement, les troubles de la déglutition sont moindres; ils consistent simplement en un certain embarras, en une « sorte de tiraillement, » alors que le bol alimentaira franchit l'isthme du gosier. — Du reste, aucun autre trouble local ou général. État satisfaisant de toutes les fonctions; santé parfaite.

Procédant à l'examen local, je constate aussitôt un léger soulèvement antéro-postérieur dans la fosse sub-linguale droite. Là existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement. Cette tumeur est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse d'ailleurs intacte à tous égards. Elle est oblongue, ovalaire, absolument comparable, comme volume et comme forme, à une datte de moyen volume. Comme emplacement et direction elle correspond exactement à la glande sub-linguale, et il n'est pas douteux un instant qu'elle ne soit constituée par cette glande tuméfiée, affectée d'une certaine façon.

Ainsi, d'une part, elle est située sous la langue, latéralement ; d'autre part, elle est plus rapprochée de la langue que du maxillaire ; enfin, elle est dirigée suivant son grand axe d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure est un peu renflée et arrondie, tandis que la postérieure, plus grêle, plus effilée, se continue jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal. De la sorte, cette tumeur mesure environ 4 centimètres en longueur sur 1 centimètre de large. — Au toucher elle est résistante, ferme, dure, assez dure pour donner immédiatement la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production liquide enkystée. Elle constitue une lésion nettement délimitée, au pourtour de laquelle les tissus ambiants se présentent absolument sains. — Enfin, elle est complétement indolente au palper et à la pression.

Ce ne fut pas un médiocre embarras pour moi que d'instituer un dia gnostic sur cette tumeur. Cependant, en y réfléchissant, les hypothèses à faire se circonscrivaient dans un cercle assez restreint. Une phlegmasie simple n'était pas admissible, vu l'absence de tout caractère inflammatoire. L'idée d'une production liquide enkystée devait également être exclue, en raison de la consistance manifestement solide à la tumeur. Restaient les néoplasmes solides. Il me paraissait impossible de songer au cancer, vu l'âge du malade, le développement très-rapide des accidents, etc. Mais ne pouvait-il s'agir d'une production adénoïde? Pendant que je discutais à part moi ces divers diagnostics, il me revint en souvenir que mon client était un ancien syphilitique, et je me demandai alors si la syphilis ne pouvait être mise en cause dans le cas actuel, et si cette tuméfaction de la glande sub-linguale n'était pas une de ces infiltrations tertiaires telles qu'on en a quelquefois observé dans la glande sous-maxillaire et dans le pancréas.

Les antécédents syphilitiques du malade n'étaient pas douteux. Onze ans auparavant (en juillet 62) je l'avais traité pour trois petits chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale, accompagnés de pléiades inguinales bien accusées. Quelques mois plus tard s'étaient produits divers accidents secondaires, d'ailleurs assez légers : syphilide papuleuse discrète, éruption croûteuse du cuir chevelu, plaques opalines de l'isthme du gosier. Le traitement spécifique intervenu à cette époque avait coupé court à toute autre manifestation; mais ce traitement n'avait été prolongé (comme d'usage) que d'une façon insuffisante. Le malade se trouvait donc, après 11 ans d'infection, dans cette période où la diathèse s'accuse fréquemment par des déterminations viscérales. Il n'était pas impossible, conséquemment, que la lésion actuelle de la glande sub-linguale fût un accident tertiaire de la vérole.

Dans cette pensée et, je dirai, dans cette espérance, je résolus de tenter le traitement spécifique, et je prescrivis un sirop d'iodure de potassium (25 grammes pour 500 grammes de sirop d'écorce d'oranges amères), aux doses quotidiennes de 3, 4, 5 cuillerées à bouche, progressivement.

L'influence de cette médication fut immédiate et surprenante, comme

on le pourra juger par les notes que je recueillis à chaque visite et que je transcris textuellement :

30 octobre (c'est-à-dire 3 jours après le début du traitement). Amélioration très-marquée. La tumeur paraît diminuée. En tout cas le malade parle plus facilement.

3 novembre. Diminution très-notable de la tumeur, réduite d'un quart au bas mot.

12 novembre. — La tumeur a diminué de moitié. Les troubles fonctionnels de mastication et de parole ont tout à fait disparu.

24 novembre. — La tumeur, qui avait primitivement les dimensions d'une datte, est tout au plus comparable aujourd'hui à un noyau de datte.

3 décembre. — Diminution continue.

11 décembre. — Il ne reste plus aujourd'hui de la tumeur qu'une dureté filiforme, mesurant 2 centimètres environ en longueur, sur une largeur d'un millimètre.

Janvier 1874. — L'induration sub-linguale est à peine perceptible. — Elle achève de disparaître dans les semaines suivantes.

Et depuis lors jusqu'à ce jour la guérison s'est maintenue. Cette action aussi rapidement, aussi *immédiatement résolutive*, exercée par l'iodure de potassium me semble devoir laisser bien peu de doute sur la nature spécifique de la lésion. Je me crois donc autorisé, de par les particularités cliniques relatées précédemment et surtout de par les résultats du traitement spécifique, à considérer l'accident précité comme un exemple de dégénérescence tertiaire de la glande sub-linguale, et, dans cette opinion, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler sur ce fait l'attention de mes confrères.

Comme confirmation indirecte du diagnostic porté sur la nature de la tumeur sub-linguale, j'ajouterai que, peu de temps après l'accident dont il vient d'être question, mon client présenta, à deux reprises, de nouvelles manifestation spécifiques, à savoir : en décembre 73, une papule tuberculeuse du gland ; et en novembre 74, une poussée de psisorias palmaire et plantaire, détermination morbide souvent très-tardive, comme on le sait, dans les syphilis insuffisamment traitées à leur début. Ces deux explosions de la diathèse, succédant dans un court délai à la tumeur sub-linguale, ne fournissent-elles pas un appoint de probabilité en faveur de la spécificité de ce dernier accident ?

Une dernière question pourrait être agitée. En admettant, comme cela semble bien vraisemblable, qu'on ait eu affaire dans ce cas à une dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale, quelle a été la nature de cette dégérescence ? S'est-il agi d'une hyperplasie simple par prolifération conjonctive, hyperplasie analogue à celle qui constitue la forme habituelle du sarcocèle syphilitique ? ou bien

s'est-il agi d'une infiltration gommeuse? Les seuls éléments cliniques dont je dispose ne me permettent pas, on le conçoit du reste, d'émettre une opinion sur ce point. Ce n'est là, au surplus, qu'une question secondaire, et le fait essentiel, le seul que j'ai eu en vue dans cette communication, c'est d'établir cliniquement que *la syphilis peut être l'origine de certaines tumeurs de la glande sub-linguale.* A ce fait se rattache un intérêt pratique évident, puisque, méconnues comme nature, les dégénérescences syphilitiques de la glande sub-linguale pourraient donner lieu à de regrettables erreurs diagnostiques.

Rapport sur l'observation précédente, par M. Verneuil.

Messieurs,

Le Dr Alfred Fournier vous a communiqué un fait très-intéressant et sans doute unique en son genre.

Il s'agissait d'un homme de 30 ans qui, en octobre 1873, vint consulter notre confrère pour une gêne dans la déglutition et l'articulation des mots, causée évidemment par une tumeur occupant la place de la glande sub-linguale droite.

Je renvoie à l'observation pour tout ce qui est relatif à la description de cette tumeur, à sa marche, à ses caractères et aux difficultés du diagnostic. Je dirai seulement que M. Fournier, ayant soigné ce malade onze années auparavant pour un chancre infectant suivi d'accidents secondaires, soupçonna la nature syphilitique du mal et prescrivit, en conséquence, l'iodure de potassium.

Le résultat fut aussi prompt que décisif, ce qui donna à notre confrère la double satisfaction de guérir promptement son patient et d'enrichir le cadre nosographique d'une unité nouvelle. Tel est le fait sommairement exposé.

La sagacité dont a fait preuve M. Fournier dans cette circonstance n'étonnera nullement ceux qui savent combien il est versé dans la connaissance des maladies vénériennes ; aussi n'est-ce pas sur ce point que je veux arrêter un instant votre attention.

Je désire surtout remercier l'auteur de n'avoir point laissé échapper l'occasion de remplir une lacune et d'avoir ouvert la voie à des recherches nouvelles. En effet, s'il n'est guère de tissus qui échappent aux atteintes de la syphilis, certains organes, cependant, paraissent jouir d'une sorte d'immunité, et entre autres les glandes salivaires, si j'en juge par le silence des syphilographes sur les altérations secondaires ou tertiaires des organes susdits. A la vérité, la mamelle, l'ovaire et la thyroïde sont à peu près dans le même cas ; mais on ne saurait dire que la vérole respecte les parenchymes glandulaires, quand on songe qu'elle altère si communé-

ment le testicule, le foie, les veines et les glandes sudoripares. Mieux vaut avouer notre ignorance et demander à l'avenir des éclaircissements sur cette énigme étiologique.

En attendant, il serait bon d'y regarder de plus près et de publier tous les faits capables d'élucider la question. C'est ce qui m'engage à vous communiquer une observation, malheureusement incomplète, que je regrette aujourd'hui de n'avoir pas plus soigneusement recueillie, mais qui se rapproche de celle de M. Fournier.

Au printemps de 1874, je reçus dans mon service un homme de quarante ans environ, grand, vigoureux et jouissant d'une excellente santé et qui se plaignait seulement de gêne dans les mouvements de la langue. Au-dessous de cet organe se voyait, dans la région naturellement occupée par la glande sub-linguale gauche, une tumeur oblongue, du volume et de la forme d'une olive, à grand axe oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière, d'une consistance uniforme assez ferme, plutôt rénitente que fluctuante, presque insensible à la pression, sauf en un point répondant à son centre, et qui paraissait adhérer assez fortement au plancher de la bouche.

La muqueuse, bien que lisse, sans végétations et sans ulcérations, semblait confondue avec la surface convexe de la masse. Celle-ci présentait une coloration particulière, d'un rouge sombre et légèrement violacé, elle tranchait autant sur les parties voisines par cette teinte que par son exacte limitation. La langue, les gencives étaient tout à fait saines ; les ganglions du cou n'étaient point tuméfiés. Le début du mal remontait à plusieurs semaines, ses progrès étaient fort lents, et depuis quelques jours, il semblait même stationnaire.

J'avoue en toute humilité que la détermination de cette tumeur m'embarrassait beaucoup ; elle ne pouvait siéger que dans le canal de Warthen ou dans la glande sub-linguale. Je sondai soigneusement le conduit, je constatai sa déviation par la production morbide, mais n'y trouvai rien d'anormal. L'absence de tout retentissement du côté de la glande sous-maxillaire, l'indolence presque complète de la tumeur et sa consistance élastique excluaient l'idée d'une inflammation aiguë de ce conduit (inflammation dont j'avais eu sous les yeux un bel exemple quelque temps auparavant) et aussi d'un calcul salivaire.

Certainement la glande sub-linguale était affectée; mais de quelle manière ? On ne pouvait songer à un kyste, même enflammé, ni même à une phlegmasie parenchymateuse, la rougeur, l'adhérence de la muqueuse plaidant contre l'hypothèse d'un adénome (variété d'ailleurs fort problématique et dont on ne trouve qu'un exemple dans le Compendium de chirurgie). Enfin, je connaissais trop bien

les caractères de l'épithélioma ou du cancer de cette glande pour être trompé un seul instant.

Je fis bien la remarque que cette affection ressemblait à une gomme à l'état cru plus qu'à toute autre chose, mais je ne sais pourquoi je ne m'arrêtai point à cette hypothèse et ne fis rien pour la vérifier, dominé sans doute par cette idée que la syphilis n'atteignait pas les organes sécréteurs de la salive.

Bref, je ne portai point de diagnostic précis.

Le malade aidait au service de la salle, de sorte qu'il était levé au passage de la visite et que je restai près d'une semaine sans l'examiner à nouveau. Au bout de ce temps, désireux de reprendre son travail, il me demanda de lui faire quelque chose. Du reste, rien n'était changé depuis ma première exploration. J'ai déjà dit que la tumeur était à peine sensible au toucher, sauf en un point très-circonscrit et à peu près central. Croyant qu'il avait là peut-être une petite inflammation folliculaire ou quelque concrétion calculeuse enfouie dans la masse indurée, je pris un bistouri et fis une incision parallèle au grand axe, longue de 12 à 15 millimètres, et pénétrant au moins à 8 millimètres de profondeur. Je ne rencontra ni collection, ni corps étranger, et il ne sortit que quelques gouttes de sang. Un stylet promené au fond de la plaie n'y découvrit rien d'anormal.

Deux jours plus tard, l'incision était cicatrisée et la tumeur, diminuée d'un tiers environ, avait de plus notablement pâli.

Le malade, se déclarant très-satisfait parce que la gêne avait beaucoup diminué, me demanda sa sortie avec instance, promettant de revenir si la tumeur grossissait ou revenait même à ses dimensions premières. Comme il désirait une ordonnance, je lui prescrivis tout à fait banalement, j'en conviens, un peu d'iodure de potassium et des gargarismes. Depuis, je n'en ai pas eu de nouvelles.

Ce fait insolite m'est revenu en mémoire quand est venue sous mes yeux l'observation de M. Fournier, et je ne puis m'empêcher de croire aujourd'hui que j'ai eu affaire à une infiltration gommeuse de la glande sub-linguale.

Je sais trop, messieurs, quelle réserve il faut mettre dans l'admission des variétés morbides nouvelles pour vous donner comme concluant l'exemple que je viens de citer, mais je le donne pour ce qu'il vaut et à titre de renseignements.

En tous cas, l'observation de M. Fournier, défiant toute critique, démontre, dès à présent, qu'il y a lieu d'admettre la *dégénérescence syphilitique tertiaire de la glande sub-linguale.*

En terminant, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remerciements à M. Alfred Fournier pour sa très-intéressante communication; 2° d'insérer son observation dans nos bulletins.

Discussion.

M. Desprès. Je demande à faire des réserves sur l'interprétation que M. Fournier a donnée de son observation. La science est encombrée de maladies attribuées à la syphilis par les médecins qui s'occupent spécialement de cette diathèse. Pour la seule raison que le malade a eu la syphilis ou que l'iodure de potassium a produit un effet, on dit que c'est de la syphilis. Cela n'est point la manière actuelle de chercher la vérité. La première inflammation chronique venue serait, à ce compte, de la syphilis.

M. Paulet. En raisonnant comme M. Fournier, on fait une pétition de principe ; de ce qu'une affection a été guérie par l'iodure de potassium, on ne peut conclure qu'elle était de nature syphilitique. Un malade atteint de névrose du nerf cubital avait des douleurs si violentes que je songeais à pratiquer la section de ce nerf. J'administrai préalablement l'iodure de potassium ; les douleurs disparurent, et cependant il n'existait aucun antécédent de syphilis.

M. Verneuil. Tout en admettant les réserves exprimées par M. Desprès, je dois faire remarquer que le diagnostic est discuté avec soin dans l'observation de M. Fournier et qu'il ne peut y être question d'une inflammation chronique, quand on voit un traitement de huit jours amener une diminution considérable. Jamais l'iodure de potassium n'a guéri un névrome, un cancroïde, un cancer. Tout le monde sait qu'il n'est efficace que contre les manifestations de la syphilis et de la scrofule. Je déclare donc que toute tumeur qui, après une durée assez longue, guérit rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium, n'est ni un épithélioma, ni un cancer, mais une tumeur syphilitique. L'absence d'antécédents ne prouve rien ; on sait, en effet, combien sont incertains les récits des malades. Les sept huitièmes de ceux qui sont atteints d'accidents tertiaires affirment n'avoir jamais eu la syphilis. Et cependant ces accidents ont des caractères tels que le doute n'est pas possible.

Les conclusions du rapport de M. Verneuil sont adoptées.

Nomination de commissions.

Sont nommés au scrutin membres des commissions suivantes :

1° *Commission du prix Duval:* MM. Marjolin, Nicaise, Houel et Larrey.

2° *Commission pour les places de correspondant national :* MM. Horteloup, Paulet, Trélat, Verneuil et Le Fort.

3° *Commission pour une place de membre titulaire :* MM. Lannelongue, Panas et Giraud-Teulon.

Communications.

M. Trélat fait la communication suivante, relative aux *rapports* qui existent *entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue.*

Différents faits que j'ai observés ou qui sont venus à ma connaissance ont graduellement attiré mon attention sur les relations de l'affection qu'on a nommée *psoriasis, ichtyose de la langue, plaques des fumeurs* avec le cancer épithélial de cet organe. Bien que signalée déjà par différents auteurs, cette notion n'est point encore devenue usuelle, elle a besoin d'être affermie par des faits nouveaux. C'est le motif de cette communication.

Il y a huit ans environ, je fus consulté par un homme de cinquante ans avec lequel j'avais les meilleurs rapports d'amitié. Plusieurs fois atteint d'ezéma sur différentes parties du corps et du visage, ancien syphilitique, quoique sans aucune marque actuelle, père de grands enfants bien portants, le malade me montrait sur sa langue de petites plaques blanches opalescentes et indolentes que je ne sus alors ni reconnaître ni dénommer. Je conseillai un traitement topique anodin, la cessation de la fumée de tabac et, à tout hasard, un traitement antisyphilitique. Sept ou huit mois plus tard, j'appris avec étonnement que mon malade avait subi à Londres, où il résidait, une opération pratiquée sur la langue. Je ne me rendais pas compte de la nature, du but et du motif de cette opération. Aux vacances suivantes, près d'un an après mon premier examen, je pus constater en même temps les traces de la petite ablation opérée sur la langue et l'existence de petits bourgeons végétants au voisinage de la cicatrice, qui jetèrent une triste lumière dans mon esprit. Dix mois après, notre malheureux ami, qui dans l'intervalle avait subi une nouvelle et large opération, succombait à l'invasion progressive de son cancroïde vers le pharynx et les ganglions du cou.

L'été dernier, je vis un homme de quarante-cinq ans, solide, vigoureux, fumeur, chasseur, grand mangeur, qui portait de chaque côté de la langue un ulcère épithélial, allongé, mince et étroit à droite, large et plus profond à gauche. Au moment de l'examen, la face dorsale de l'organe présentait des plaques blanches, dont une surtout était parfaitement caractérisée. Le malade nous apprit que

ces plaques existaient depuis des années et bien avant l'apparition des tumeurs. Je pratiquai l'ablation des deux épithéliomas à l'aide de l'anse coupante galvanique. L'examen histologique confirma amplement le diagnostic et donna lieu d'espérer que les limites de la néoplasie avaient été dépassées. Jusqu'ici il n'y a aucune trace de récidive.

Voici enfin un troisième fait plus délicat. En 1871, un officier supérieur, approchant de la soixantaine, grand fumeur de cigarettes, grand et bien constitué, me demanda conseil pour une affection ancienne et indolente de la langue, qui depuis deux ans environ devenait plus gênante, troublait le goût, quelquefois même l'articulation des mots et commençait à donner quelque inquiétude au malade. C'était un psoriasis lingual bien caractérisé, siégeant au milieu de la face dorsale de la langue, où il figurait une sorte d'ellipse assez régulière. La couleur, le poli de la surface, la rénitence profonde concordaient dans le sens du diagnostic. Quoiqu'il n'y eut ni trace, ni souvenir d'infection syphilitique, je conseillai un traitement antispécifique, un collutoire boraté et la privation absolue et définitive du tabac.

Au bout de quelques mois, un de nos jeunes et distingués confrères, M. le Dr Lafont, qui suivait le malade en province, crut devoir supprimer le traitement général (antisyphilitique) comme ne donnant aucun résultat. Le malade trouvait néanmoins sa situation meilleure. Les années 1872, 73, 74 passèrent ainsi ; mais vers le printemps dernier, l'attention du malade fut attirée sur quelques changements de forme de l'organe, qu'il me montra à la fin d'août. A cette époque, la santé générale étant toujours excellente, aucun ganglion du cou n'était atteint de gonflement, la langue présentait de chaque côté de son sillon médian une végétation, un épaississement *sans aucune ulcération*, de 7 à 8 millimètres, bosselé, long de près de 3 centimètres et augmentant de toute sa hauteur la profondeur du sillon. En écartant ces deux lobes allongés on voyait que le fond du sillon ne portait aucune trace d'ulcération. Il n'y avait donc d'ulcère en aucun point, mais un gonflement saillant et irrégulier, de date relativement récente et semblant progresser avec une certaine régularité.

Instruit par les deux faits que je vous ai cités et par quelques lectures récentes, je fis mauvais accueil à ce nouvel aspect de l'ancien psoriasis. Quoique les caractères de l'épithélioma fissent défaut en majeure partie, je pensai qu'une prolifération aussi évidente, aussi progressive, ne pouvait rien réserver de bon, que peut-être avais-je l'heureuse fortune de saisir le cancroïde à sa première éclosion, qu'il fallait se hâter de le détruire dans son germe, que par une opération hâtive, précoce, je pouvais faire un

grand bien, et qu'à tout prendre le plus mauvais était une opération inutile et rien de plus.

Aux premiers mots, je vis que les désirs du malade allaient plus vite que mes délibérations et j'eus quelque peine à obtenir qu'il prît un autre avis que le mien. Il consulta M. Ricord, qui partagea mon opinion, et le lendemain de cette consultation j'enlevai la tumeur avec l'anse galvano-caustique. Les détails de l'opération sont ici sans importance. Il me suffira de dire que la partie enlevée sur le dos de la langue avait le volume d'une noix et que les limites apparentes du néoplasme avaient été, de tous côtés, largement dépassées. C'est l'un des immenses avantages des ablations précoces de tumeurs, de permettre des extirpations relativement très-larges avec des pertes de substances relativement très-petites. Tandis que plus tard les plus vastes plaies ne représenteront que trop souvent des ablations insuffisantes et parcimonieuses au point de vue de l'étendue et de la propagation des lésions.

L'opération ne détermina aucun accident; la guérison marcha régulièrement et depuis longtemps le malade a repris les habitudes de sa vie.

A ma demande, la tumeur fut examinée avec le plus grand soin par M. Coyne et par M. Cornil, au double point de vue de ses limites, de la suffisance de l'opération, c'est-à-dire du pronostic, et d'autre part, de sa nature histologique. Je demandais en somme si mon diagnostic était exact et si l'opération donnait des chances favorables au pronostic.

Je place ici la note qui m'a été remise par M. Coyne.

« *Examen microscopique de la langue remise par* M. Trélat, « *dans un cas de psoriasis lingual très-ancien.* — L'on fait des « coupes perpendiculaires à la surface libre, et comprenant toute « l'étendue de la pièce, et on constate sur ces coupes, allant de la « superficie à la profondeur, les particularités suivantes :

« 1° *Revêtement épidermique.* Ce revêtement est lisse, uni sur son « bord libre, il ne reproduit pas les saillies et les dépressions alter- « natives des papilles comme il le fait d'habitude, il est très-épaissi « dans le voisinage de la partie centrale de la lésion, et cet épais- « sissement porte sur ses deux couches secondaires, couche cor- « née et couche muqueuse.

« La couche cornée se brise en plusieurs lamelles superposées, « elle est très-friable, et atteint son maximum d'épaisseur vers le « milieu du bord libre de la préparation. A ce niveau elle est au moins « dix fois plus épaisse qu'à l'état normal. La formation cornée « s'enfonce profondément au niveau de larges boyaux épithéliaux « qui pénètrent assez loin.

« La couche muqueuse a subi une augmentation de volume cor-

« rélative ; elle a donné naissance à de très-longs et très-larges
« boyaux qui, pénétrant entre les papilles de la muqueuse, les ont
« écartées les unes des autres.

« Les cylindres épithéliaux sont très-larges et très-allongés vers
« le centre de la partie malade ; la couche cornée pénètre vers leur
« partie centrale, car à ce niveau les cellules d'épiderme sont apla-
« ties, opaques, friables. Cependant on n'y trouve pas de globes
« épidermiques.

« Les cylindres épithéliaux diminuent de longueur et de largeur
« au fur et à mesure que l'on se rapproche des deux extrémités
« de la coupe ; au niveau de ces extrémités, les dépressions inter-
« papillaires et les papilles sont à peine plus volumineuses qu'à
« l'état normal.

« La couche papillaire est modifiée dans son aspect et dans sa
« structure, les papilles centrales sont allongées et effilées, leur
« tissu est embryonnaire et infiltré d'éléments arrondis. Cet en-
« vahissement se propage assez loin dans la profondeur et s'étend
« jusqu'entre les faisceaux musculaires les plus voisins.

« 2° La couche musculaire paraît saine dans la profondeur au
« niveau des points où a porté l'action de l'anse coupante.

« Cette lésion est curieuse et ne peut être très-nettement dé-
« terminée. Il nous paraît rationnel, bien que nous n'ayons pas
« trouvé de globes épidermiques, de la considérer comme un épi-
« théliome à son début. »

Quoique M. Coyne écrive que la tumeur peut être considérée comme un épithéliome à son début, M. Cornil m'a fait part de ses incertitudes dans une conversation à ce sujet, et il a fini par me dire que si la tumeur récidive, on pourra définitivement la considérer comme un épithéliome. Vous voyez bien, messieurs, que nous sommes là sur les confins obscurs de la science, puisque les investigations de l'histologiste ne peuvent dissiper les ombres qui planent sur les constatations du clinicien.

Quoi qu'il en soit, j'ai voulu soumettre ce dernier fait à votre appréciation ; vous jugerez si l'opération était contre-indiquée ou prématurée ou si, comme je le pense et pour les motifs précédemment énumérés, elle était conforme aux notions que nous possédons et à la rigoureuse interprétation des éléments du diagnostic et du pronostic.

Quant à moi, je crois fermement que le progrès pour la chirurgie des tumeurs consiste surtout à reculer leur diagnostic jusqu'à leur plus grande jeunesse, à les découvrir, à les reconnaître à leurs débuts pour pouvoir donner à l'intervention chirurgicale ce caractère d'opportunité qui en accroît singulièrement la valeur. Il y a encore beaucoup à faire dans cette voie, et si aujourd'hui nous pou-

vons cliniquement distinguer les sarcomes des carcinomes et des épithéliomes, il s'en faut que nous soyons en mesure d'établir ces diagnostics aussitôt que cela serait désirable pour la plus grande efficacité de nos opérations.

Il s'en faut, messieurs, que les faits observés par moi soient solitaires. M. Debove en a cité plusieurs dans sa thèse sur le *Psoriasis buccal* (Paris, 1873, n° 493), et plusieurs de nos collègues, M. Verneuil, M. Nicaise, M. Terrier en ont observé.

Quelle est la fréquence, la marche et la nature de cette succession du cancroïde au psoriasis? Ce sont là des questions à peu près impossibles à résoudre actuellement. Raison de plus pour les poser.

Voilà bien peu de temps que le psoriasis buccal est l'objet d'une description régulière. Quand il existe seul on le méconnaît ou on ne lui prête pas assez d'importance; quand il existe un cancroïde, ce dernier emporte l'attention et on oublie le psoriasis. Mais je serais loin d'être surpris si, maintenant que les affinités des deux affections sont signalées, les faits allaient rapidement en se multipliant.

Mais ce n'est point à dire que toujours le psoriasis donne naissance au cancroïde. Les faits protesteraient contre une pareille doctrine. On a vu des malades garder leur psoriasis buccal pendant vingt et trente ans sans avoir pour cela le moindre épithéliome. Donc il n'y a point entre l'un et l'autre de relation inévitable; l'un n'est pas le premier degré de l'autre, il constitue une prédisposition, une forte prédisposition probablement, mais rien de plus. Les transformations que le psoriasis détermine dans la disposition des couches épithéliales normales, la prolifération fibroïde qu'il produit dans l'épaisseur du derme muqueux peuvent rester stationnaires et garder longtemps cette forme bénigne des tumeurs épithéliales, ou subir à un certain moment une poussée qui leur imprime ce caractère de redoutable propagation dans les gaînes des vaisseaux et le long des fibres musculaires qui appartient au cancer épithélial proprement dit.

En d'autres termes, de même qu'on voit assez souvent l'épithéliome se développer sur de vieux ulcères, des cicatrices de brûlures, d'anciens cautères, des excoriations longtemps entretenues, on le voit germer et se développer sur les plaques du psoriasis. Seulement, comme l'affinité histologique est plus grande entre l'épithéliome et le psoriasis qu'entre lui et les cicatrices, les bourgeons charnus, etc., il est probable que la fréquence de succession devra être en raison même du degré de la parenté histologique.

L'avenir prononcera sur ces vues particulières, il réformera ou confirmera ces idées de pathogénie; mais dès aujourd'hui, nous,

chirurgiens, nous sommes mis en demeure de surveiller attentivement la marche du psoriasis buccal, de nous défier de toute hyperplasie dont il peut devenir le siége, de préciser et de saisir les caractères de l'épithéliome naissant, enfin d'établir le moment le plus opportun de notre intervention. C'est surtout pour indiquer les obscurités du sujet, pour poser les questions à résoudre que j'ai cru devoir faire cette communication.

Discussion.

M. Houel. J'ai vu, il y a 14 ou 15 ans, un de nos collègues qui avait la langue volumineuse et couverte d'un épithélium induré, épaissi, et qui salivait beaucoup. Le malade, qui craignait le développement d'un épithélioma, bien qu'il n'existât pas de tumeur, consulta notre collègue, M. Magitot, qui fut d'avis qu'il s'agissait d'un psoriasis de la langue et de la bouche et conseilla des cautérisations avec l'acide chrômique. Elles procurèrent une amélioration marquée, qui dura 4 à 5 ans. Il y a 3 ans, je revis le malade : il avait alors de véritables tumeurs de la langue accompagnées d'affections ganglionnaires considérables, auxquelles il ne tarda pas à succomber. Ainsi, voilà une lésion de la langue qui pendant 10 à 12 ans conserva les caractères du psoriasis, et qui brusquement devint un épithélioma.

M. Desprès. Les cas de cancroïdes que j'ai eu l'occasion d'observer n'avaient point été précédés de psoriasis. Il est difficile de savoir, lorsque ce dernier a préexisté, s'il y avait là une simple coïncidence ou bien une relation de cause à effet. Du reste, le nom de psoriasis est appliqué à des affections diverses ; il est un psoriasis qui siége sur le bord de la langue et sur la muqueuse buccale, et qui se transforme en épithélioma ; un autre, s'accompagnant de fissure, se rencontre au milieu de la langue et n'a rien de commun avec le cancroïde. Certaines productions cornées, comme verruqueuses, de la langue sont les préludes des affections cancéreuses et non des causes prédisposantes de ces affections.

M. Magitot. L'acide chrômique, appliqué sous la forme solide dans le psoriasis, produit souvent de très-bons résultats. C'est un modificateur très-énergique.

M. Trélat. Tout le monde s'entend sur le mot psoriasis buccal. Il s'agit là de plaques qui n'ont point une entière analogie avec le psoriasis de la peau. Je ne veux pas dire que le psoriasis ait des rapports de parenté nécessaire avec l'épithélioma ; mais je suis d'avis

qu'il constitue une irritation locale qui peut devenir la cause occasionnelle du cancroïde. Ainsi que l'a exposé Virchow, la fréquence du cancer diminue à mesure que les organes sont plus protégés contre les agents irritants.

Présentation de pièce.

M. Le Fort présente une tumeur sarcomateuse du maxillaire inférieur dont il a fait l'ablation chez un homme de 22 ans.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 15 décembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal.

M. Le Fort. Je me fais un devoir de déclarer que mes souvenirs m'ont mal servi quand j'ai dit que M. Farabeuf lui-même a échoué dans ses tentatives de réduction de la luxation qui s'était présentée dans le service de M. Dolbeau. Après en avoir conféré avec mon collègue de l'hôpital Beaujon, j'ai aujourd'hui plus présentes à l'esprit les circonstances de ce fait. M. Farabeuf n'a pas essayé de réduire la luxation avant la section du faisceau du court fléchisseur. M. Dolbeau ayant échoué une première fois, je fis moi-même, sur son invitation, des tentatives de réduction, en employant le procédé conseillé depuis longtemps par Hamilton et beaucoup d'autres, procédé qui est celui adopté par M. Farabeuf et qui consiste à forcer l'extension du pouce jusqu'à l'angle droit et à repousser le doigt ainsi relevé jusqu'au niveau de la tête du métacarpien, en prenant la précaution de fléchir la phalange et de placer le métacarpien dans l'opposition; je ne fus pas plus heureux. On laissa alors le malade tranquille pendant huit jours, après lesquels M. Dolbeau fit la section du tendon externe du court fléchisseur, et fut obligé d'introduire une seconde fois le ténotome dans la plaie avant de parvenir à réduire la luxation. C'est seulement alors que M. Farabeuf intervint, tirant sur la phalange ou la repoussant, pendant

que M. Dolbeau appuyait en sens inverse sur la tête du métacarpien. Quelle fut la part de l'un ou de l'autre dans la réussite de la manœuvre ? il ne m'appartient pas de me prononcer ; toutefois M. Dolbeau pense que la réduction a été surtout due à la manœuvre que lui-même exécutait.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

Ectopie rénale par les Drs Liouville et Strauss.

M. Verneuil offre de la part de M. J. Ehrmann, de Mulhouse, un mémoire imprimé, intitulé : *Recherches sur la staphyloraphie chez les enfants de l'âge tendre.* — *De locis minoris resistentiæ*, par le Dr Henri Petit. — Une lettre de M. Netter, retative à l'observation de rétinite pigmentaire présentée par M. Poncet. (Renvoyée à l'examen de M. Perrin.)

M. Verneuil dépose une note de M. Saxtorph, *sur les résections* et sur les avantages de la *méthode de Lister*. M. Verneuil est chargé de rendre compte de ce travail dans une prochaine séance.

M. Cazin, membre correspondant à Boulogne, envoie la note suivante :

Cure radicale des varices.

La note que j'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie a pour but de faire connaître une modification au mode opératoire proposé par notre éminent collègue M. Rigaud, de Nancy, pour la cure radicale des varices superficielles des membres.

On se rappelle, en effet, que cette méthode consiste à dénuder la veine en un point donné et dans une étendue de 2 à 4 centimètres, en ayant soin de ne pas intéresser les parois et à la laisser dans la plaie en se contentant de l'isoler des parties sous-jacentes à l'aide d'une bande de caoutchouc ou un linge fin, que l'on passe en dessous d'elle.

Les résultats numériques des opérations pratiquées par cet habile chirurgien sont très-probants en faveur du procédé. Cependant, il me paraît exiger une grande délicatesse de main, et doit présenter certaines difficultés, surtout pour les praticiens dont le bistouri mal assuré pourrait rarement éviter la lésion de la veine.

Les seuls cas de mort observés jusqu'ici, en très-petit nombre

toutefois, ont trait à des opérations où la paroi veineuse elle-même avait été éraillée ou plus ou moins ouverte.

Cette lésion si redoutable devra, entre des mains moins expérimentées que celles de l'inventeur du procédé, se produire souvent, si, à son exemple, on fait correspondre la section de la peau avec le trajet même du vaisseau; cette dernière membrane ne glissant pas toujours assez bien sur lui pour pouvoir y déterminer à l'aide des doigts, un pli à inciser. De plus, pour isoler la veine, on doit nécessairement porter sur elle une pince et exercer sur ces parois des tiraillements répétés.

Ces dangers m'avaient frappé, et quoique bien décidé à n'opérer radicalement les varices que dans le cas d'absolue nécessité, j'avais songé à un procédé que j'ai pu exécuter et avec un plein succès, il y a six semaines.

Il s'agissait d'un manouvrier affecté d'énormes dilatations variqueuses du membre inférieur avec ulcère consécutif, mettant ce malheureux dans l'impossibilité de nourrir sa famille, et lui occasionnant de vives douleurs.

Après lui avoir imposé cinq jours de repos complet, je pratiquai l'opération suivante sur la saphène interne.

Parallèlement à la veine, à une distance de 1/2 centimètre, je fais une incision longue de 3 centimètres, intéressant la peau et une partie du tissu cellulaire; en haut et en bas de cette incision longitudinale, je conduis deux incisions transversales, s'étendant d'abord jusqu'à la veine, de façon à former un lambeau cutané rectangulaire; je dissèque ensuite ce lambeau jusqu'à la veine exclusivement; puis, exerçant une traction sur le lambeau lui-même et sans faire porter de pinces sur la veine qui lui est adhérente par sa paroi externe, je commence l'isolement du vaisseau par sa face profonde à l'aide du dos du bistouri d'abord, puis de l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, qui le sépare par petits coups du tissu cellulaire sous-jacent. Quand l'instrument est arrivé au delà du cylindre vasculaire, je recommence la même dissection minutieuse entre le lambeau cutané et la face superficielle de la veine, jusqu'à ce que cette dernière soit complétement isolée.

En un mot, j'attaque la veine en dessous avant de la décoller du lambeau.

Je parviens ainsi à respecter facilement les parois veineuses sur lesquelles je n'exerce de traction que par l'intermédiaire de la peau.

Ceci fait, je continue l'incision transversale du lambeau, passant au-dessus de la veine isolée sans crainte de la léser, jusqu'à 1/2 centimètre au delà du bord opposé de ce vaisseau.

Puis, au lieu d'employer une bande de caoutchouc ou du linge,

c'est le lambeau cutané lui-même, préalablement nettoyé du sang qui le souille, que je passe sous la veine et que je fixe à l'aide d'aiguilles à blépharoraphie par 3 ou 4 fils d'argent.

Le tout, recouvert d'ouate, est maintenu en place par un bandage roulé peu serré.

Au bout de 10 jours la veine était mortifiée, la suppuration insignifiante n'avait eu lieu qu'au niveau des incisions transversales, d'où sortait et où s'engageait la veine, et le lambeau autoplastique sous vasculaire était réuni par première intention.

Cette modification opératoire, bien plus longue à décrire qu'à exécuter, facilite considérablement la dissection de la veine et permet ensuite d'éviter l'interposition de corps étrangers sous le vaisseau dénudé, qui repose directement sur l'épiderme.

En dernière analyse, au lieu d'une cicatrice par première intention, parfois si longue à obtenir chez les individus porteurs d'ulcères variqueux, qui est toujours plus ou moins irrégulière et prédispose aux kéloïdes, nous avons ainsi une cicatrice linéaire presque imperceptible.

Discussion du rapport de M. Marjolin sur les hôpitaux d'enfants.

M. Desprès. Le rapport de M. Marjolin et les conclusions de la commission touchent à beaucoup de points du service médical et chirurgical des hôpitaux d'enfants. Je n'en n'aborderai que deux, la *multiplication de lits de nourrices dans tous les services d'adultes* et la *création de deux nouveaux hôpitaux d'enfants*, devenus nécessaires, dit la commission. Je ne m'arrêterai pas à l'esprit même du rapport, M. Marjolin est pour la philanthropie par les hôpitaux, moi et quelques membres de la Société, nous sommes pour la philantropie à domicile. C'est là une affaire de goût et de sentiment, et il n'y aurait pas lieu de discuter, si la commission n'avait cherché à appuyer ses goûts sur des raisons spécieuses que nous devons combattre, parce que nous possédons des faits démonstratifs qui prouvent que le service chirurgical et même médical dans les hôpitaux d'enfants doit être modifié dans le sens des secours à domicile.

La commission, comme nous tous, demande la création de lits de nourrices dans les hôpitaux. Mais j'ai grand peur que nous ne nous entendions pas, car M. Marjolin a ajouté, parmi les conclusions de son rapport, une clause en opposition avec la conclusion précédente, puisqu'il demande que l'on puisse admettre dans les hôpitaux d'enfants les enfants au-dessous de 2 ans. Ici nous ne nous entendons pas. Vous savez ce que sont les lits de nourrices. Ils sont au nombre de 80 environ dans tous les hôpitaux réunis, on y reçoit les nourrices malades ou indisposées, à la condition qu'elles

nourrissent leur enfant. Ce n'est point du tout de cela que nous voulons parler. Nous voulons des lits de nourrices où l'on puisse recevoir les mères avec leur enfant de 0 an jusqu'à 3 ans. Qui oserait dire, en effet, qu'un enfant peut, sans danger, se passer de sa mère avant 3 ans? Sevré ou non, un enfant de 2 et 3 ans n'est jamais aussi bien soigné par la meilleure garde que par sa mère. Nous voulons que l'on reçoive dans les lits de nourrices la mère et l'enfant, soit la mère malade avec son enfant sain, soit l'enfant malade avec la mère saine. Prenons l'exemple de la mère malade, atteinte d'une kératite, d'un abcès du sein, par exemple, et même d'une affection utérine. La mère, à l'hôpital, pourra s'occuper de son enfant, et si elle ne le peut, elle trouvera dans ses voisines de lit des convalescentes qui soigneront, sur ses indications, son enfant, dont elle connaît les habitudes, et dont elle saura mieux que n'importe qui calmer les colères. Oh! si c'est l'enfant qui est malade, quelle meilleure garde que la mère pourrez-vous jamais trouver? Cette année, un enfant de 2 ans 1/2 atteint de croup a pu être admis par faveur dans mon service; sa mère était avec lui. C'est elle qui a soigné son enfant. L'enfant a guéri. Combien n'y aurait-il pas de succès analogues si l'on pouvait traiter de la sorte un bon nombre d'enfants!

Les lits de nourrices, tels que je les comprends, ont été exceptionnellement remplis comme il convient. Mais ce sont seulement les services de clinique qui ont eu ce privilége. Le cas était intéressant: on a reçu la mère et l'enfant, quelquefois pour opérer de la pierre un enfant de 3 ans. Nous demandons que la mesure soit générale pour tous les hôpitaux. En effet, il est regrettable de voir une malade qui se présente avec son enfant à l'hôpital Lariboisière et à qui l'on dit: allez à la clinique de la Pitié, on vous recevra peut-être, il y a là des lits de nourrices. Les hôpitaux sont faits pour les malades des quartiers voisins où les pauvres ont leur famille. D'un autre côté, si les hôpitaux doivent servir les besoins de l'enseignement, il est au moins aussi moral qu'ils servent les besoins des malades.

Nous ne voulons plus qu'on sépare la mère malade de son enfant, nous voulons la *suppression* du dépôt et je vais vous dire pourquoi.

Le dépôt est, si je puis ainsi dire, une sorte de crèche des hôpitaux; on y place les enfants de femmes malades qui entrent à un hôpital quelconque, et qui n'ont pas de parents ou d'amis à qui confier leurs jeunes enfants. (Il y a des salles spéciales disposées à cet effet à l'hôpital des Enfants assistés.) Ce ne sont guère que des enfants au-dessous de 3 ans que l'on reçoit à cet hôpital, car les pauvres qui entrent dans nos hôpitaux trouvent toujours un

parent, un ami ou même un *voisin*, à qui confier les enfants plus âgés qui s'aident déjà quelque peu. Ce dépôt, qui persiste en vertu de la routine acquise, est néfaste. Sur 3 enfants qu'on y envoie sains, 2 tombent malades et 1 au moins meurt. Ce que j'ai vu à cet égard est tellement affligeant et concluant que j'empêche les malades qui sont reçues dans mon service de mettre leur enfant au dépôt. Voici le dernier fait que j'ai observé, il y a quelques jours; il est des plus instructifs. La femme Martin, enceinte de 7 mois, atteinte de conjonctivite diphthéritique, qu'elle avait gagnée de son mari, en traitement dans mon service, quitte l'hôpital Saint-Antoine, où elle était d'abord traitée, et entre dans mes salles pour se rapprocher de son mari. Elle avait deux enfants: l'un de 4 ans, qu'elle avait placé chez un parent, l'autre, âgé de 23 mois, qu'elle avait été obligée de mettre au dépôt avant d'entrer à l'hôpital Cochin. Au bout d'un mois, son enfant tomba malade au dépôt, et 2 jours après il était mort. N'allez pas croire que c'était du croup, de la rougeole, d'un accident. Non, il était mort d'une pneumonie, c'est-à-dire, d'un refroidissement, je n'ose pas dire d'un défaut de soins. Il y a bien d'autres exemples, et il me suffit de lire, dans la statistique officielle de l'administration des hôpitaux, le chiffre de la mortalité aux Enfants assistés.

La *mortalité générale* est de 65 p. 0/0, dont je détache le détail suivant, tout à fait insolite: « Maladies de l'œil et de ses annexes, 38 p. 0/0 de décès ». Que les enfants trouvés, sans père ni mère, meurent de la sorte, nous n'y pouvons rien; mais que les enfants des malades entrées dans nos hôpitaux aillent grossir cette nécrologie, je dis que cela est impossible et qu'il faut faire disparaître le dépôt à tout prix, et que le seul moyen d'arriver à ce but est de multiplier les lits de nourrices dans les hôpitaux, afin de recevoir l'enfant avec sa mère, quelque malade qu'elle soit.

Sur le second point, la création de deux nouveaux hôpitaux d'enfants, je suis en complet désaccord avec la commission. M. Marjolin a-t-il songé à ce qu'il proposait? Veut-il donc ruiner les hôpitaux et les pauvres? Les finances de l'administration décroissent avec une rapidité effrayante par suite des constructions monumentales et coûteuses, telles que l'Hôtel-Dieu, la maternité de Cochin, etc. Depuis 1852, l'administration a mangé 80,000,000 francs de ses fonds disponibles, il lui reste encore 3,000,000 francs de rentes. La création de deux nouveaux hôpitaux consommerait sa ruine, au train où ont été les choses. Mieux vaut cent fois améliorer ce qui existe, que de créer ce qui n'est pas nécessaire. La commission devait prouver l'insuffisance des hôpitaux d'enfants à l'aide de deux ordres d'arguments : elle devait dire (et elle a eu le temps de faire des recherches à ce sujet, en un mois et plus qu'elle avait

devant elle) le nombre moyen des enfants refusés aux consultations, faute de lits, et prouver que les hôpitaux d'enfants sont encombrés de maladies graves.

J'ai produit ici la statistique des hôpitaux, qui répond à la seconde question. J'ai montré que, sur 1,100 enfants admis, en 1864, aux deux hôpitaux d'enfants réunis, on avait reçu 352 maladies des yeux, dont plus de 100 kératites, maladies faciles à traiter aux consultations des hôpitaux. Ainsi, plus du quart des malades admis à l'hôpital pouvaient ne pas y entrer. Les 33 fractures de l'avant-bras pour les deux hôpitaux d'enfants réunis sont dans le même cas. Les fractures de clavicule, les phimosis, etc., ont été aussi reçus en nombre. Je répète que, quand un hôpital reçoit de ces malades, c'est qu'il n'est pas encombré. La commission ne s'est pas rendue, elle a dit : cette statistique est fausse. Or, comme elle a été faite d'après les notes de ceux qui la déclarent fausse, de deux choses l'une : ou ils ont oublié, ou, en faisant les pancartes des malades, ils avaient le dessein d'induire en erreur l'administration, ce que personne ici ne supposera jamais. M. Marjolin et notre regretté collègue Giraldès ont oublié. Je ne le leur reproche pas, mais je leur dis qu'ils n'ont pas voulu s'éclairer. Pourquoi n'ont-ils pas refait leur statistique? Pourquoi ne sont-ils pas allés à Saint-Eugénie, dans le service de notre collègue M. Sée, l'un des commissaires, relever le nombre et le genre de maladies des enfants qui y sont actuellement? Ils ne l'ont pas fait, messieurs, parce qu'ils auraient trouvé exactement ce qu'il y a dans la statistique des hôpitaux. En effet, une statistique qui divise les maladies en maux d'yeux, fractures, plaies, contusions, etc., ne permet pas de supposer que l'on aura mis à plaisir, par exemple, sur la fiche d'un malade, *maladie des yeux*, lorsqu'il avait une *fracture*. La statistique est incomplète, c'est vrai, mais elle est encore supérieure à de simples souvenirs.

Il y a des malades refusés aux hôpitaux d'enfants, oui, beaucoup. J'en ai vu refuser, ce sont des enfants atteints d'affections chroniques, avec des tubercules pulmonaires ou de la scrofule, auxquelles la chirurgie n'a rien à faire et qui sont mieux placés dans un service de médecine, puisque tout traitement chirurgical est subordonné à la guérison ou à l'atténuation de la phthisie pulmonaire. Ces malades, d'ailleurs, doivent être traités chez eux, car ils y coûtent moins cher que dans les hôpitaux, tout bien-être égal d'ailleurs. S'ils restent à l'hôpital, comme cela se voit trop souvent, dix, quinze, dix-huit mois et deux ans en attendant la mort, ils occupent des lits où l'on placerait avec fruit vingt enfants qui peuvent tirer un bénéfice de vingt-cinq à trente jours d'hôpital pour une opération ou une lésion traumatique grave. Ces affections chroniques

sont du ressort de l'assistance à domicile. Je n'ajouterai pas que si l'on voulait en recevoir un certain nombre, on le pourrait. Il suffirait de ne point recevoir tant de maladies des yeux et de fractures du membre supérieur, qui peuvent être traitées aux consultations. La vérité est que les caries, par exemple, ne sont pas acceptées par les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, M. Marjolin lui-même. En effet, dans les deux services de chirurgie d'enfants, en 1864, on recevait 352 maladies des yeux et 20 caries seulement dans une seule année. Si l'on avait reçu 50 maladies des yeux de moins, on aurait eu du moins 25 lits de plus pour des coxalgies avec carie et quelques maux de Pott. Sur le chef des malades refusés, l'argumentation de la commission ne nous touche donc point. Les lits supplémentaires qui, dans certains moments, ont dû être établis, ne sont pas extraordinaires dans les hôpitaux d'enfants pendant l'hiver. Il y en a dans tous les hôpitaux, est-ce une raison pour augmenter les hôpitaux? Tous ces lits supplémentaires ne sont pas en excès, et ils ne sont nécessaires que pendant un moment. L'été, les lits sont partout surabondants. La commission a fait miroiter devant les yeux de la Société des chiffres dont je veux rétablir la véritable signification. Voyez, disait la commission, il y a deux hôpitaux d'enfants pour 113,000 indigents inscrits au bureau de bienfaisance. Il ne faut pas voir les choses de cette façon. Sur ces 113,000 indigents, il y a, d'après les calculs, 24,000 enfants de 0 à 15 ans, déduction faite des enfants au-dessous de 2 ans, qui ne peuvent entrer à l'hôpital, c'est-à-dire à peu près un cinquième; il reste 18,000 enfants qui peuvent frapper à la porte des hôpitaux. Et en comptant 1 malade sur 18, cela ferait 1,000 enfants actuellement malades, chiffre qui est complété chaque jour par des nouveaux qui remplacent les morts et les guéris. Le chiffre 1,000 renferme les maladies médicales et les maladies chirurgicales, et les hôpitaux d'enfants seuls, tels qu'ils sont aujourd'hui, peuvent contenir la presque totalité de ces malades. Ne nous laissons donc pas étourdir par le chiffre énorme de 113,000 indigents.

Les hôpitaux d'enfants devraient, a dit M. Marjolin, recevoir des enfants au-dessous de deux ans. J'ai déjà jugé la question, mais il y a à dire ce que sont les hôpitaux d'enfants et leurs inconvénients pour les enfants en bas âge. Les salles des hôpitaux d'enfants sont divisées en salles des enfants au-dessus de 6 ans (salles qui ressemblent à nos salles d'adultes, à cela près que les petits malades sont moins raisonnables), et en salles appelées salles des berceaux. Là il y a toutes sortes de critiques à faire. Pour une salle de 12 à 16 lits, il y a une *religieuse*, une *infirmière* et une veilleuse, personnel absolument insuffisant. M. Marjolin le sait bien et je le lui ai entendu dire trop souvent, lorsque j'étais son interne,

c'est le service qui exige le plus de surveillance et qui est le plus mal fait. Je me rappelle encore la persistance de M. Marjolin à retourner la paillasse et les matelas souillés par l'urine des petits enfants de 2 à 4 ans. Il faisait le désespoir de la religieuse, qui était impuissante à contenter M. Marjolin. Tout cela ne serait pas arrivé si les enfants avaient eu leurs mères, qui, elles, auraient soigné leur enfant de manière à le tenir et à le rendre propre, ce que ni infirmière ni religieuse ne savent faire, parce qu'elles n'ont ni le temps ni la patience, ni le dévouement exclusivement spécial aux mères. Les salles de berceaux des hôpitaux d'enfants doivent disparaître et être remplacées par les lits de nourrices, dont nous demandons la multiplication, et quand il s'agira d'affections peu graves et d'affections chroniques de longue durée, que l'enfant soit soigné à domicile et qu'on l'apporte à la consultation de l'hôpital pour y être pansé ou opéré.

Que ferez-vous, d'ailleurs, des enfants malades, gravement blessés, que leurs mères nous amènent à nos consultations et qu'elles ne veulent pas laisser à l'hôpital? Les traitements à domicile et à la consultation de l'hôpital sont seuls applicables, et ils réussissent. Vous citerai-je l'exemple récent d'un enfant de 3 ans, atteint de pustule maligne de la main et de phlegmon consécutif de tout le bras droit, qui a été amené 30 jours de suite à la consultation de l'hôpital Cochin par sa mère? Il a guéri. La mère refusait de se séparer de son enfant et elle a reçu le prix de son dévouement. Un autre enfant, de 2 ans 1/2, en garde, eut l'œil crevé par un clou. La garde, pour couvrir sa responsabilité, soigna cet enfant en véritable mère. Pendant 20 jours elle apporta le blessé à l'hôpital Cochin et la vaste plaie de la cornée guérit sans suppuration de l'œil et sans difformité. Voilà des enfants à qui convenait l'hôpital, et cependant les mères se sont volontairement abstenues de les y mettre. Ces exemples vous prouvent qu'il faut modifier les hôpitaux d'enfants comme les lois, de manière à ce que les réformes répondent aux usages et aux coutumes de ceux pour qui elles sont faites.

La Commission n'a pas traité la question de l'assistance à domicile. Elle ne l'a pas même abordée. L'assistance à domicile consiste à traiter les blessures, fractures et luxations, à la consultation de l'hôpital, et à faire distribuer aux parents des petits malades, par le bureau de bienfaisance, des secours en argent et en nature équivalant à la moitié des frais de séjour des enfants dans les hôpitaux, soit 1,05, puisque la journée des malades dans les hôpitaux d'enfants coûte à l'administration 2,10. Ce secours sera plus que suffisant.

Pour les blessures légères des doigts, toutes les fractures du membre supérieur sans plaies, ce mode de traitement est à la fois

économique pour l'administration des hôpitaux et avantageux pour les enfants, qui continuent à être soignés par leur mère. Les coxalgies au début peuvent être traitées de la sorte. On donne un appareil Bonnet au petit malade, et ses parents apportent ce dernier dans son appareil, tous les mois, et plus souvent s'il est nécessaire, pour demander l'avis du chirurgien.

Pour les blessures graves, les opérations qui nécessitent un appareil instrumental compliqué, des aides, du linge, de la ouate en abondance, les parents des petits malades ont avantage à placer leur enfant à l'hôpital, et dans ces conditions ils comprennent la nécessité de cette séparation.

Mais pour les affections chroniques, les tubercules des os, les maux de Pott, les arthrites suppurées compliquées de tuberculose, les adénites ulcérées, l'assistance à domicile est seule raisonnable. Qu'on donne aux enfants des médicaments, du linge et des secours de nourriture, que le médecin du bureau de bienfaisance visite l'enfant une fois la semaine, et que les parents portent, lorsque cela se peut, l'enfant à l'hôpital pour le montrer au chirurgien, cela vaudra le traitement à l'hôpital. La maladie sera aussi bien soignée que dans le service de chroniques des hôpitaux et même dans un service de chirurgie, et vous aurez eu la satisfaction de respecter les sentiments d'affection si naturels des parents pour leurs enfants. Chez les pauvres, messieurs, l'amour maternel peut être moins distingué que chez les classes éclairées, dites dirigeantes; mais il n'est pas moins violent; M. Marjolin le sait comme moi. Combien de fois n'a-t-il pas vu des parents qui ont enlevé de l'hôpital leur enfant mourant pour qu'il mourût dans leurs bras! Pendant le traitement à domicile, si la guérison peut être pressentie, est-ce que vous n'avez pas la facilité d'envoyer les enfants dans les hôpitaux au bord de la mer, et dans les départements voisins, quoiqu'à mon sens, ils ne produisent pas tous les résultats annoncés, car à quinze ans les enfants, réglementairement repoussés de ces hôpitaux, viennent constituer à Paris notre clientèle hospitalière de chroniques, et quoiqu'ils constituent des orphelinats d'une nouvelle espèce, car envoyer pendant des années un malade à Berck, c'est séparer des enfants de leurs parents comme s'ils les avaient perdus.

Voici, pour me résumer sous forme de conclusion, les propositions que j'oppose à la commission :

1° Établir, dans tous les services d'adultes, 4 lits de nourrice pour admettre une mère avec un enfant de 0 à 3 ans, la mère ou l'enfant étant malade.

2° N'admettre dans les hôpitaux d'enfants que les enfants à 3 ans

révolus, à moins d'accidents graves arrivés sur la voie publique, et quand il y a danger à déplacer le malade.

3° Opérer ou panser aux consultations de tous les hôpitaux indistinctement les enfants ayant des blessures de la face ou de la tête ou des abcès chauds simples, et des fractures ou luxations du membre supérieur, et les signaler au bureau de bienfaisance, qui fera donner aux parents des secours en nature de la valeur de 1 franc par jour.

4° Faire soigner à domicile les enfants atteints de maladies chroniques longues, en accordant à leurs parents le secours de 1 franc par jour.

5° Surveiller le service des bureaux de bienfaisance.

Un mot encore sur ce dernier point. Les bureaux de bienfaisance réclament une autre organisation. Les visites des médecins sont trop rares; journellement les malades qui viennent dans nos hôpitaux s'en plaignent, les phthisiques et les malades atteints d'ulcères ne sont pas soignés aux bureaux de bienfaisance. Les consultations des bureaux ne sont guère que des délivrances de médicaments, comme les petites consultations du bureau central instituées il y a quelques années, et où il ne va un peu de monde que parce que l'on y délivre des médicaments. Je connais ces consultations pour les avoir faites jadis. M. Marjolin a fait remarquer, et nous avons tous compris, parce que tout se sait, qu'il y avait parmi les médecins des bureaux de bienfaisance et les gens du monde des aspirations vers un ordre de choses où le médecin du bureau de bienfaisance pourrait parvenir à remplacer, dans quelques hôpitaux, les médecins nommés au concours et à faire de l'assistance à domicile une institution supérieure aux hôpitaux. Il n'y a aucune crainte à avoir à ce sujet. Il faudra réformer le service des bureaux de bienfaisance avant de songer à réformer le service hospitalier. D'ailleurs, les pauvres s'y connaissent et longtemps encore ils viendront à nos consultations des hôpitaux, lorsqu'ils croiront avoir une maladie grave et difficile à guérir et lorsqu'ils penseront avoir besoin de l'outillage des hôpitaux, qui est une véritable richesse et que nulle consultation en ville ne possédera jamais en aussi grande quantité et d'aussi bonne qualité.

M. de Saint-Germain. — J'ai lu, avec toute l'attention que mérite un aussi important travail, le rapport de M. Marjolin, et je suis encore tout émerveillé de la multiplicité et de la largeur des vœux par lesquels il se termine. Création de deux nouveaux hôpitaux; — admission des enfants au-dessous de deux ans; — remaniement des services actuellement en fonction, rien ne coûte à l'honorable rapporteur; il ne connaît pas d'obstacles.

Il me serait facile, reprenant un argument qui, pour avoir déjà servi, n'en vaut pas moins pour cela, de demander à M. Marjolin comment l'urgence de semblables réformes ne lui a pas été démontrée plus tôt, c'est-à-dire alors qu'il était en activité, et pourquoi leur application lui semble aussi nécessaire aujourd'hui qu'il est sorti des hôpitaux. J'aime à croire que de telles idées ont besoin, pour atteindre leur maturité, d'une incubation prolongée, et que leur éclosion ne peut se faire qu'à la faveur des loisirs que fournit la retraite.

Mais là n'est pas la question.

Le premier vœu émis par M. Marjolin est relatif à l'abaissement de l'âge. Il demande qu'on admette dans les hôpitaux spéciaux les enfants au-dessous de deux ans, et les raisons sur lesquelles il s'appuie sont, d'une part, la fréquence des accidents graves au dessous de 24 mois, et d'autre part, l'intolérance des employés de bureau au sujet de l'admission des enfants qui en sont atteints, admission d'urgence prévue dans la circulaire de janvier 62.

Je déclare n'avoir eu que très-exceptionnellement à constater la première assertion, et n'avoir jamais eu à me plaindre de l'irrégularité et de l'intolérance signalées. Les cas qui nécessitaient l'admission d'urgence au-dessous de deux ans ont été, je le répète, extrêmement rares, et j'ai constamment trouvé dans ces circonstances, près du directeur de l'hôpital et des employés, un empressement remarquable. Le service a donc été pleinement assuré, je l'affirme, pour les cas d'urgence.

Quant aux cas ordinaires, j'estime que l'admission au-dessous de deux ans a d'énormes inconvénients, dont les moindres sont le trouble apporté au repos des malades plus âgés, et le foyer d'infection que développerait certainement dans une salle de blessés ou d'opérés une accumulation d'enfants dont il est impossible d'exiger des habitudes de propreté.

Ces inconvénients, que nous avons maintes fois signalés pour les cas isolés, prendraient des proportions effrayantes, si le nombre des très-jeunes enfants augmentait, et ne seraient certainement pas conjurés par la mesure qui consisterait à les mettre dans des salles spéciales, puisque ce seraient alors ces petits enfants eux-mêmes qui, par un échange incessant de pleurs et de cris, s'empêcheraient de dormir ; ils s'infecteraient de plus réciproquement.

Si nous ajoutons à cela les frais d'une pareille installation, l'accroissement du personnel dans des proportions énormes (il faudrait une infirmière pour 3 enfants, à savoir 10 pour une salle de 30 lits, sans compter les veilleuses), nous sommes en droit de nous demander si une telle mesure est applicable, et nous n'hésitons pas à répondre par la négative, si nous considérons surtout que

l'adoption de l'abaissement de l'âge n'aboutirait qu'à l'admission dans les hôpitaux d'enfants d'une quantité considérable de rachitiques près desquels l'intervention chirurgicale n'a que bien peu de chose à faire.

J'arrive à la question de l'augmentation du nombre des lits de chirurgie.

Ici encore je suis en désaccord complet avec l'honorable rapporteur. Je ne sais ce qui se passe à Sainte-Eugénie et si cet hôpital regorge. Ce que je puis affirmer, c'est que j'ai constamment des lits vacants, et cela dans la proportion de 10 vacances, en moyenne, sur 64 lits. On m'objectera peut-être que je ne conserve pas indéfiniment les malades et que je les envoie chez eux ou en convalescence dès qu'ils n'ont plus besoin de mes soins ; mais j'ajouterai que pour rétablir l'équilibre je reçois à la consultation tous ceux qui veulent bien entrer, même pour des cas légers, ne nécessitant que quelques jours de repos.

M. Marjolin, ému de cette pénurie, a la bonté de me conseiller d'envoyer ma liste de lits vacants au bureau central ; l'abondance, dit-il, succédera bientôt à la disette.

J'ai été, comme tous mes collègues, chirurgien du bureau central ; j'ai pu me convaincre qu'on n'y amène pas d'enfants blessés ou justiciables de la chirurgie active ; mais qu'en revanche on y porte une masse de coxalgies et de maux de Pott. Or, je suis bien loin d'éloigner systématiquement les pauvres enfants atteints de ces affections, puisqu'ils occupent la moitié de mes lits ; mais je serais assez désappointé, je l'avoue, si grâce au procédé dont M. Marjolin est l'inventeur, je me touvais du jour au lendemain absolument envahi par eux, alors qu'ils guériraient beaucoup mieux dans leurs familles, ainsi que je le démontrerai tout à l'heure.

Un autre inconvénient résulterait de l'intervention du bureau central dans nos admissions.— Supposons que, par commisération ou par lassitude, le médecin du bureau central peuple mon service d'enfants n'ayant pas besoin des secours de la chirurgie : je n'aurai même pas la ressource de les renvoyer après quelques jours de repos, comme cela se pratique pour les adultes. Il faudrait attendre que les parents vinssent les chercher, et j'ai dans l'idée que souvent j'attendrais longtemps. — En un mot, je ne me plains pas d'avoir quelques lits vacants ; mais je le constate, et j'affirme que dans la circonscription de l'Enfant-Jésus, il n'y a pas disette de lits.

J'arrive à la fameuse question des malades dits chroniques, dont mon prédécesseur, notre regretté collègue Giraldès, rêvait la conquête, et qui certes ne méritent pas de telles aspirations. Ce sont

des malades qui ont absolument, uniquement besoin de soins médicaux et surtout de la campagne ou de l'air de la mer. Il arrive pour eux ce qui se passe pour le service des maladies des yeux : aucune opération ne réussit. Tout se complique d'accidents. Le terrain est mauvais et la constitution est à modifier complétement. Ces malades attendent dans les salles de l'Enfant-Jésus leur admission à Berck ou à la Roche ou à Forges, et souvent, me disait encore ces jours-ci mon ami et collègue le Dr Archambault, finissent par y guérir.

La chirurgie d'hôpital n'a rien à faire là. C'est de la chirurgie d'hospice, beaucoup moins active encore que celle qui se pratique aux Ménages, à Ivry, à Sainte-Périne, et qui ne nécessite qu'une fois par semaine la revue du chirurgien.

Contrairement, en effet, à l'assertion de M. Marjolin, qui me dépeignait cherchant péniblement ma vie dans les services des chroniques et leur mendiant des malades, j'ai dit et je le répète, que grâce à l'entente cordiale qui règne entre médecins et chirurgiens de l'Enfant-Jésus, je suis à peu près trois ou quatre fois dans l'année prié par mes collègues de prendre dans mon service un malade qui se trouve avoir besoin de mon intervention. Faites donc pour les chroniques des hospices à la campagne et au bord de la mer ; mais ne les déversez pas sur le service de chirurgie.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Marjolin quant à la faculté qu'il voudrait accorder au chirurgien ou au médecin chargé du service des chroniques de hâter à son gré le tour d'admission, et cela au nom du bon sens et de l'humanité.

Certes, nous connaissons toute la philanthropie de M. Marjolin, mais il ne peut cependant pas avoir la prétention d'en avoir le monopole, et l'on peut sans pour cela léser ni l'humanité ni le bon sens soutenir l'opinion contraire.

Les malades atteints de coxalgie ou de mal de Pott arrivent invariablement à la consultation avec une lettre de recommandation dans leur poche ; et j'ai eu le plaisir de recevoir ainsi de M. Marjolin et de plusieurs collègues des autographes à la signature desquels j'ai toujours fait honneur avec le plus grand empressement.

Supposez le médecin des chroniques ayant qualité pour recevoir qui bon lui semble, son service au bout de deux mois sera plein de recommandés et les autres marqueront le pas. D'ailleurs je dirai bientôt comment tous ces chroniques peuvent être traités à domicile avec plus d'avantage qu'à l'hôpital. Il est donc utile que l'administration mette là son veto. L'intérêt général des malades et la justice l'exigent.

Pour les maladies aiguës, il est incontestable, comme l'a dit M. Després, qu'un certain nombre de parents amènent leurs en-

fants à l'hôpital dans le but de s'en dégrever, et je n'en veux pour preuve que l'acharnement avec lequel ils poursuivent leur dessein, quelque observation qu'on leur fasse au sujet de la contagion du croup et de l'ophthalmie purulente. Un bon nombre, au contraire, préféreraient soigner leur enfant chez eux, l'opération seule les retient. Pour ceux-là j'emploie le moyen suivant : je signe un bon qui permet aux parents d'amener leur enfant tel jour et à telle heure dans mes salles; au jour dit, je fais l'opération; je renvoie l'enfant chez lui, et je le fais revenir tous les matins à la consultation jusqu'à complète guérison.

Ce moyen, dont j'use très-largement et que j'ai étendu à l'application des appareils à fracture et à coxalgie, m'a donné les meilleurs résultats. Les malheureux coxalgiques, entre autres, sont ainsi soulagés d'une manière continue et n'encombrent pas un service durant des mois entiers, que dis-je ! des années entières.

Voilà par quels moyens j'arrive à posséder un nombre de lits très-suffisant, et si j'étais à Sainte-Eugénie, je suis convaincu que le même système donnerait le même résultat.

D'après les raisons que je viens de vous exposer aussi sommairement que possible, je regrette de me trouver en désaccord avec l'honorable rapporteur sur les trois points de l'abaissement de l'âge, de l'augmentation du nombre des lits de chirurgie et du déversement des chroniques dans les salles de mon service.

Je suis, au contraire, absolument du même avis que M. Marjolin au sujet de l'envoi des malades dits chroniques à la campagne ou à la mer, et sur la nécessité de multiplier les hospices *extra-muros*.

Quant à la création de deux nouveaux hôpitaux dans Paris, j'estime que deux hôpitaux d'adultes répondraient bien mieux aux besoins de la population que deux hôpitaux d'enfants.

J'ai dit.

M. Boinet. Comme administrateur des bureaux de bienfaisance, je suis à même de fournir des renseignements sur ce qui se passe dans ces établissements. Tandis que la journée de malade, dans les hôpitaux d'enfants, coûte 2 fr. 10 c. à l'administration, les secours à domicile ne reviennent qu'à 1 franc par jour. Les femmes accouchées à domicile ne coûtent que 15 francs et donnent une mortalité de beaucoup inférieure à celle des maternités. D'autre part, les médecins des bureaux de bienfaisance sont si mal rétribués, qu'ils ne touchent en moyenne que 15 centimes par visite. Nombre de petites opérations pourraient être faites dans la maison du malade; mais comme les suites de ces opérations nécessiteraient des visites journalières, on conseille généralement au malade d'entrer

à l'hôpital. Pour ce qui est des enfants, si l'on allouait 1 franc par jour aux mères des petits malades, elles les garderaient chez elles pour les soigner elles-mêmes, ce qui ne les empêcherait pas de gagner encore un petit salaire. Il faudrait donc étendre les secours à domicile, attribuer une faible somme aux mères qui se vouent aux soins de leurs enfants et mieux rétribuer les médecins des bureaux de bienfaisance, dont la nomination devrait être réglée par le concours, au lieu d'être laissée à la faveur.

M. Guéniot. Le rapport parle à peine du dépôt des enfants assistés, dont les connexions avec les hôpitaux d'enfants sont très-étroites et mériteraient d'être traitées séparément. M. Desprès, malgré tous les griefs qu'on peut avoir contre le dépôt, s'est montré trop sévère à son égard. Ainsi, il n'est pas exact de dire que les enfants y meurent d'ophthalmie purulente, dans la proportion de 30 0/0. La vérité, c'est que la plupart de ces enfants inscrits sous la rubrique ophthalmie purulente sont des nouveaux-nés non viables, dans un état de dénutrition ou d'atrepsie, comme dit M. Parrot, qui suffit pour rendre compte de la mortalité qui les frappe. Mais il est certain que le dépôt offre des vices d'organisation, parmi lesquels l'insuffisance du personnel tient le premier rang. Au lieu d'une infirmière pour deux enfants, qui serait nécessaire, il n'y en a qu'une pour quinze enfants.

Présentation d'instrument.

M. Tarnier présente un nouveau *céphalotribe* de son invention.

Tous les céphalotribes connus, dit M. Tarnier, ont l'inconvénient de lâcher prise. Celui qui glisse le moins est celui de M. Trélat, parce que les branches en sont très-élastiques et peuvent, en s'aplatissant sur la tête, y adhérer sur une grande hauteur. Je citerai encore le céphalotribe de M. Bailly : ce dernier instrument, construit comme un forceps, saisit la tête sur une grande largeur, mais il l'écrase moins bien que les céphalotribes ordinaires et il est plus volumineux, de sorte qu'il serait impossible de s'en servir dans un cas de rétrécissement considérable.

Aujourd'hui j'ai l'honneur de vous présenter un céphalotribe que j'ai fait fabriquer par M. Colin. Cet instrument a les dimensions et la forme d'un céphalotribe ordinaire avec la vis de pression de M. H. Blot; seulement les cuillers, au lieu d'être pleines, sont percées de trois fenêtres ovalaires placées de distance en distance. Entre les fenêtres se trouvent des traverses métalliques, légèrement concaves et étendues d'un bord à l'autre de la cuiller. Ces traverses font saillie sur le fond de la cuiller et elles

sont assez étroites de haut en bas pour déprimer le cuir chevelu et en quelque sorte s'y incruster.

Fenêtres et traverses sont, sur chaque cuiller, placées à des hauteurs différentes.

La construction de ce céphalotribe est très-simple et les innovations qu'il réalise peuvent être ajoutées à tous les céphalotribes des anciens modèles.

Je pense que le céphalotribe que je vous présente aura l'avantage de ne jamais glisser. Les essais que j'ai faits à la Maternité me confirment dans cette opinion.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel,
M. Sée.

Séance du 22 décembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la présente séance est lu et adopté,

Correspondance.

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étrangers.

Les Bulletins de la Société anatomique (1er et 2e fascicules 1875). — *La Circulaire n° 8 du département de la guerre publiée par le chirurgien général de l'armée des États-Unis.*

Le président fait part à la Société de la mort qui vient de frapper un de ses correspondants, le docteur Bock, de Christiana.

A propos du procès-verbal.

M. Polaillon, en réponse aux faits avancés dans la dernière séance par M. Boinet, assure que les 15 francs payés par l'administration pour un accouchement ne constituent qu'une portion de ses déboursés, puisqu'elle fournit, en outre, du linge et des médicaments. Les sages-femmes qui reçoivent les femmes enceintes chez elles touchent en général 50 francs ; enfin, si l'accouchée tombe malade, elle est envoyée à l'hôpital.

M. Le Fort. Le prix moyen d'un accouchement en ville est de 17 francs.

A propos de la correspondance.

M. Ledentu dépose une observation de *ligature de l'iliaque externe*, par M. Foihier, chirurgien désigné de la Charité à Lyon. Commissaires : MM. Terrier et Ledentu,

---

Suite de la discussion du rapport de M. Marjolin.

M. Sée. Désirant laisser au rapporteur le soin de défendre le rapport de la commission, je me bornerai à combattre quelques-unes des assertions qui ont été émises dans la dernière séance. Mais avant tout je m'éleverai contre la distinction qu'on a voulu faire, au point de vue des sentiments maternels, entre les classes ouvrières et les classes dites dirigeantes. Cette distinction, à mon avis, n'est ni utile, ni vraie, attendu que les mêmes sentiments se retrouvent de part et d'autre ; chez les pauvres, comme chez les riches, il y a du bon et du mauvais, et si une supériorité quelconque pouvait être admise quelque part, je crois qu'il faudrait plutôt la chercher dans la population aisée. Soutenir le contraire, c'est avancer que l'éducation et l'instruction ne servent qu'à pervertir le sens moral, opinion qui me paraît devoir rencontrer peu de partisans dans cette Société.

Je ferai remarquer ensuite que tout le monde, ici, semble convaincu de la nécessité absolue de séparer, dans les hôpitaux, les enfants et les adultes et qu'il n'a plus été question, dans la discussion actuelle, de traiter les uns et les autres dans les mêmes salles. Les arguments développés par le rapporteur semblent avoir convaincu ceux de nos collègues qui avaient soutenu des opinions contraires.

Tout le monde aussi paraît d'accord sur la nécessité d'augmenter le nombre des lits de nourrices et d'en créer dans les hôpitaux où il n'en existe point. Mais M. Desprès voudrait que ces lits de nourrices fussent affectés indistinctement à tous les enfants âgés de moins de trois ans. «Sevré ou non, dit notre collègue, un enfant de deux ou trois ans n'est jamais aussi bien soigné par la meilleure garde que par sa mère.» C'est là un aphorisme qui est beaucoup trop absolu pour être vrai. Tous les jours nous voyons des mères, dans toutes les classes de la société, qui sont des garde-malades détestables et auxquelles il y a tout avantage à substituer la première infirmière venue, sans parler des sœurs si dévouées et si intelligentes de nos services de chirurgie. Mais en admettant l'opinion de M. Desprès, peut-on soutenir que tout enfant malade âgé de moins de trois ans ne doit entrer à l'hôpital qu'accompagné de sa mère ? Non évidemment, attendu que souvent la mère est obligée de rester chez elle

pour soigner ses autres enfants, ou de travailler au dehors pour pourvoir à leur subsistance. Il est inutile, je pense, de réfuter cet autre argument de M. Desprès, qui affirme que les pauvres qui entrent dans nos hôpitaux trouvent *toujours* un parent, un ami ou même un voisin auquel ils puissent confier les enfants plus âgés. Oui, de tels dévouements se rencontrent parfois, je suis loin de le nier, et j'en ai vu moi-même des exemples ; mais il faut reconnaître qu'ils sont tout à fait exceptionnels et qu'il serait fort imprudent de compter sur eux pour modifier dans ce sens nos institutions charitables.

C'est aussi un peu à la légère que M. Desprès, *ne voulant plus qu'on sépare la mère malade de son enfant*, demande la suppression du dépôt. Il oublie que le dépôt est institué précisément pour les enfants qui ont perdu leur mère ou dont la mère est hors d'état de leur donner des soins. Le dépôt, avec tous ses inconvénients et surtout son effrayante mortalité, est donc un mal nécessaire dans l'état actuel de notre organisation, et bien que nous fassions tous des vœux pour en obtenir la suppression, il est à craindre qu'il ne soit encore longtemps conservé. Mais à quoi nous devons nous appliquer, c'est à le rendre moins fatal aux pauvres êtres qui lui sont confiés, à en améliorer les conditions hygiéniques et avant tout à compléter le personnel d'infirmières qui, de l'aveu de tous, est tout à fait insuffisant.

S'il est impossible de forcer les mères d'accompagner à l'hôpital leur enfant qui n'a pas encore trois ans, doit-on refuser l'entrée de nos établissements aux enfants au-dessous de deux ans ? M. de Saint-Germain répond affirmativement, et il s'appuie sur ce fait que nombre d'opérations sont pratiquées par lui sur des enfants très-jeunes que leur mère remporte immédiatement après, pour le présenter de nouveau tous les matins à la consultation. La pratique de l'hôpital Sainte-Eugénie est, en ce point exactement la même que celle de l'hôpital de la rue de Sèvres. Mais que de fois j'ai regretté de ne pouvoir garder à l'hôpital un enfant opéré d'un bec-de-lièvre, d'un pied bot ou même d'un simple phimosis, convaincu que les chances de succès eussent été bien plus grandes ! Les cas où ces admissions précoces sont nécessaires, dit M. de Saint-Germain, sont très-rares, et j'ai toujours trouvé auprès de l'administration assez de bon vouloir pour passer par-dessus le règlement. Je dois reconnaître que j'ai toujours rencontré la même bienveillance à l'hôpital Sainte-Eugénie. Mais cela prouve simplement que nous avons montré, M. de Saint-Germain et moi, une très-grande réserve à demander ces violations du règlement. En eût-il été de même si nos demandes eussent été plus fréquentes ? En définitive, si ces admissions d'enfants très-jeunes sont sans inconvénients, pourquoi

les subordonner à la fantaisie d'un administrateur? Si elles sont fâcheuses, de quel droit un directeur les autorise-t-il?

Je ne dirai qu'un mot sur la question du traitement à domicile. Soigner les malades chez eux, au sein de leur famille, c'est certainement l'idéal que la charité voudrait atteindre. Malheureusement nous sommes encore très-loin de ce but, surtout en ce qui concerne les enfants.

Vous allouerez un franc à une mère qui soignera chez elle son enfant malade. Qui vous dit que ce secours ne sera pas distrait de sa destination? qu'il ne viendra pas simplement grossir le gain du père et le rendre moins insuffisant à nourrir la famille?

Et quand il y aura chômage, la mère laissera-t-elle mourir de faim ses enfants bien portants pour acheter des médicaments pour le petit malade? Et que de fois ce secours, si efficace au dire de nos contradicteurs, ne sera-t-il pas porté chez le marchand de vin par un père coupable!

Beaucoup d'enfants, dit-on, peuvent être soignés aux consultations, où ils sont portés tous les matins, sans être obligés de séjourner à l'hôpital. Cela est vrai, et cela se pratique beaucoup à l'hôpital Sainte-Eugénie. Mais il n'est pas moins vrai que les mères qui s'imposent cette tâche perdent un temps précieux pour beaucoup d'elles, la moitié de leur journée si elles demeurent un peu loin, ce qui, joint au prix du transport en omnibus, constitue pour elles un sacrifice considérable, qu'elles ne peuvent continuer longtemps. D'autre part, est-ce sans inconvénients que des enfants chétifs et malades sont transportés, dans la saison froide, par la pluie ou la neige, de la Glacière ou de Montmartre, à l'hôpital Sainte-Eugénie? Ne serait-il pas désirable que des hôpitaux d'enfants plus rapprochés fussent créés pour ces quartiers si mal partagés sous ce rapport ?

Je crois que l'administration pourrait donner satisfaction à ce besoin sans se lancer dans les dépenses excessives auxquelles a fait allusion M. Desprès. Il n'est point nécessaire de construire toujours des monuments, comme on en a pris malheureusement l'habitude. Des bâtiments modestes, élevés sur des points excentriques où le terrain est à vil prix, répondraient parfaitement à ce *desideratum*, que le rapport a signalé fort à propos, à mon avis.

M. Desprès. Je n'ai point dit que les pauvres aimaient leurs enfants mieux que les riches; j'ai dit qu'ils les aimaient autant. Les pauvres doivent-ils donc se résigner de gaîté de cœur à mettre leur enfant à l'hôpital, à faire ce que nous ne ferions pas? M. Sée dit que les mères ne peuvent amener leurs enfants tous les jours aux consultations; M. Sée crée des situations pour les besoins de

son argumentation, puisque dans nos hôpitaux d'adultes nous voyons des mères qui amènent des enfants, tous les jours, pendant un mois à la consultation. M. Sée dit que le dépôt ne peut être supprimé; savez-vous ce qu'il y a d'enfants au dépôt? 200 en dehors des enfants trouvés. Ces 200 comprennent les enfants ramassés sur la voie publique, 100 à peu près; le reste est composé d'enfants dont les parents sont dans les hôpitaux. Je dis que l'administration peut supprimer ce dépôt: 1° en envoyant les 100 enfants ramassés sur la voie publique dans des orphelinats, qui pullulent dans notre pays; 2° en gardant à l'hôpital où est leur mère les 100 enfants en bas âge qui forment le reste du dépôt. M. Sée dit encore qu'une mère ne peut pas entrer avec ses enfants si elle en a quatre; mais, je vous l'ai déjà dit, les enfants un peu grand sont faciles à placer chez des parents. Il n'y a que le plus petit qu'on ne place pas, et c'est celui-là que la mère envoie au dépôt et que nous voulons qu'elle garde avec elle.

M. Trélat présente une remarque générale qui, suivant lui, serait de nature à éclairer le débat. Si l'hôpital était réservé à sa véritable fonction, il n'y aurait point lieu de mettre en présence le traitement hospitalier et le traitement à domicile, surtout pour la pratique chirurgicale; l'hôpital devrait avoir pour but de fournir aux pauvres, aux nécessiteux, aux malaisés des conditions de traitement qu'ils ne peuvent en aucune manière se procurer. Soins éclairés, mains habiles d'opérateurs et d'assistants, surveillance attentive, instruments et appareils presque toujours dispendieux, voila surtout en quoi devrait consister la charité de l'hôpital. Dans ces conditions, le traitement occuperait la première place et la guérison serait le véritable but, tandis qu'aujourd'hui, dans nos hôpitaux parisiens, le traitement est relégué au second plan et demeure compromis par la nécessité de pourvoir avant tout à l'asile à fournir aux pauvres qui sont ou deviennent malades. Tant qu'il en sera ainsi, on pourra discuter, sans faire avancer beaucoup la question, la valeur relative du traitement hospitalier et du traitement à domicile.

M. Desprès. Je demande à protester contre la manière dont M. Trélat envisage les hôpitaux. Je ne veux citer qu'un exemple : un ouvrier, logé en garni, a une entorse; il ne peut travailler, il est seul ; un traitement d'un mois avec le repos peut seul le guérir, mais il n'a besoin ni d'un grand appareil instrumental ni d'une opératfon nouvelle, et cependant il ne peut être traité qu'à l'hôpital,

M. Marjolin. Messieurs, il y aura demain quatre semaines, dans cette même salle et presque à pareille heure, la veille de sa

mort, notre regretté collègue Giraldès, me parlant de la discussion actuelle, me disait : Il faut tâcher qu'elle ne soit pas infructueuse comme tant d'autres discussions du même genre, il faut cette fois arriver à un résultat : il y a trop longtemps que le corps médical des hôpitaux réclame inutilement, dans l'intérêt des malades, des améliorations indispensables, et la voie la plus sûre pour arriver au but, c'est d'exposer simplement la vérité.

Ce furent là les dernières paroles que je lui entendis prononcer; espérons qu'elles seront comprises par tous ses collègues, et que la Société de chirurgie, dont il fut l'un des membres les plus actifs et le plus justement considérés, tiendra à honneur de ne pas les laisser tomber en oubli.

Après un rapport aussi détaillé que celui qui vous a été présenté, rapport qui n'est pas une œuvre de sentiment, mais bien un travail essentiellement pratique, basé sur des faits nombreux, consciencieusement observés, la Commission pouvait espérer que chacun d'entre vous, comprenant la pensée qui en avait dicté les conclusions, s'appliquerait plutôt à les modifier dans un sens plus large et plus favorable aux véritables intérêts des malades qu'à les critiquer et les combattre. Au lieu de cela, MM. Desprès et de Saint-Germain ont non-seulement persisté dans leurs idées premières, mais ils les ont peut-être encore exagérées ; nous serons donc, à notre grand regret, obligé de revenir sur des points qui nous semblaient incontestables, tant leur évidence sautait aux yeux des moins clairvoyants.

Il suffit, en effet, de lire attentivement les conclusions du rapport pour voir que la Commission n'a eu qu'une pensée : compléter et améliorer ce qui existe pour le traitement des affections chirurgicales des enfants pauvres, et rechercher si, dans les établissements spéciaux qui leur sont consacrés, l'adoption de certaines précautions et mesures hygiéniques n'aurait pas pour résultat l'immense avantage de prévenir dans cette partie de la population le développement de maladies graves et malheureusement trop communes. Tel a été notre programme ; y avons-nous manqué ? quels sont les reproches que nous adressent nos adversaires, sont-ils fondés ? C'est ce que nous allons examiner rapidement.

Suivant M. Desprès, nous n'aurions pas assez insisté sur les avantages du traitement à domicile ; cependant lorsque nous sommes les premiers à reconnaître qu'au point de vue moral, comme au point de vue des succès, l'assistance à domicile, si elle était toujours possible, serait la réalisation du beau idéal de la philanthropie, que peut-on ajouter de plus ? est-ce se montrer aveuglément opposé à un système ? Non, cent fois non, ce que nous combattons ce n'est pas le système, mais son abus, et surtout sa

mauvaise application; car avoir la prétention de guérir un individu en le laissant dans le milieu qui a été la cause première de sa maladie, c'est le comble de la déraison. Autant vaudrait dire à une personne qui a contracté la fièvre dans un pays malsain: Vous pouvez parfaitement rester où vous êtes, il n'y a aucun inconvénient, tâchez seulement de vous procurer et de prendre du sulfate de quinine et vous guérirez.

Lorsque les milieux où nous vivons ont sur notre économie une influence telle, qu'il suffit souvent, pour ramener la santé et obtenir la guérison d'affections anciennes, même très-graves, de soustraire les malades à la cause première du mal, en un mot, à la misère, aux privations, à l'insalubrité de leur demeure et de les envoyer se remettre à la campagne, ou aux bains de mer, on comprend que la commission ait, de préférence au système du traitement à domicile poussé jusqu'à l'exagération, indiqué comme plus favorable au rétablissement des malades leur envoi dans des établissements situés hors Paris, en étendant ce bénéfice à tous les enfants traités dans les bureaux de bienfaisance.

Cette mesure aurait l'immense avantage, outre la diminution de la dépense, de désencombrer les hôpitaux, de prévenir bien des opérations et des récidives et de donner, comme résultat définitif, une somme de guérisons plus nombreuses et plus certaines.

Très-probablement, Messieurs, après la manière favorable dont la Société avait accueilli la proposition de l'augmentation du nombre des lits de nourrices et reconnu la nécessité d'abaisser l'âge de l'admission des enfants, vous pensiez comme nous qu'il suffirait, pour rendre l'exécution de cette mesure possible, de réclamer, vu les exigences de ce nouveau service, une augmentation dans le personnel; aussi avons-nous été très-étonnés en entendant M. Desprès nous dire qu'aucun enfant ne devrait être admis à l'hôpital avant trois ans, à moins d'être accompagné par sa mère, pour lui servir de garde et d'infirmière.

Comment notre honorable collègue, qui a grandement raison d'insister sur le respect dû aux liens et aux affections de famille et qui voudrait que jamais aucun de ses membres n'en fût séparé, n'a-t-il pas songé, avant de nous faire part d'un projet aussi étrange, que, sans la mère, il n'y a plus d'intérieur et qu'en son absence, il n'y a plus que trouble et désordre à la maison? Sait-il d'ailleurs quel est le chiffre des enfants de cet âge admis dans les hôpitaux? J'en doute; or, il est beaucoup plus considérable qu'on ne le pense, et vous allez en avoir la preuve. J'ai consulté au hasard le premier de mes cahiers qui m'est tombé sous la main et j'ai trouvé que, sur 291 garçons admis dans mon service, du 4 février 1861 au 30 décembre de la même année, il y avait 25 enfants de

(1) Le relevé suivant, emprunté aux renseignements statistiques sur la population indigente de Paris, publiés par l'administration générale de l'Assistance publique, d'après le recensement de 1866, étant d'un grand intérêt pour les personnes s'occupant de la question des secours à domicile, nous avons cru devoir, vu sa rareté, le reproduire en partie.

Relevé du nombre des logements de 100 fr. et au-dessous de 100 fr. par an, occupés par des ménages indigents.	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e	16e	17e	18e	19e	20e	TOTAL.
	119	197	225	327	837	570	390	160	223	382	683	359	935	504	4[illegible]2	228	401	422	413	852	8,669
Logés à titre gratuit..........	147	134	130	246	561	402	352	79	115	503	498	377	451	262	214	93	184	429	169	287	5,733
Nombre de pièces composant le logement :																					
Une pièce..................	971	663	1,018	1,780	2,761	1,112	1,576	654	872	1,692	2,015	1,241	2,210	1,502	940	532	762	1,816	1,447	1,203	26,767
Deux pièces................	106	168	202	371	569	520	150	157	160	575	1,189	509	1,368	874	824	221	679	810	651	1,079	11,182
Logements sans poêle ni cheminée..................	158	254	91	208	136	177	33	37	155	204	441	293	134	25	143	8	207	247	213	613	3,777
Nombre de lits dans chaque pièce. Très-souvent il y a deux ou trois enfants couchant dans le même lit :																					
Deux lits..................	168	182	211	442	620	628	170	184	225	471	1,068	545	567	266	720	190	610	479	751	731	9,605
Trois lits..................	67	22	79	222	412	65	248	68	75	256	516	333	99	597	431	116	159	421	89	479	5,242
Quatre lits................	7	1	21	40	106	27	37	23	15	47	110	53	13	178	44	34	43	114	1	170	1,170
Cinq lits..................	»	»	2	9	13	»	»	6	1	5	10	10	»	44	»	11	»	10	»	9	143

Il eût été bien intéressant, sous beaucoup de rapports, dans l'intérêt de la population malheureuse, et surtout au point de vue de la discussion actuelle, que l'administratien de l'Assistance, qui n'a donné là qu'une très-minime partie des documents recueillis par ses visiteurs, eût également publié quelques-uns des autres renseignements consignés dans son questionnaire. Par exemple : 1° Pour quels motifs les enfants ne sont-ils pas envoyés à l'asile ou à l'école? 2° Le prix du loyer est-il acquitté régulièrement? 3° Quel est le genre de nourriture? 4° Quel est l'état du mobilier, du linge? 5° Le logement est-il propre, salubre?

Lorsque l'on songe que, parmi les 105,119 indigents de Paris, il y a 46,780 enfants au-dessous de 14 ans, on comprendra que ces détails n'eussent pas été inutiles, surtout si on veut bien réfléchir sur le passage du rapport de M. Chauveau-Lagarde sur les travaux de la Commission des logements insalubres pour les années 1866, 1867, 1868, 1869.

« La Commission ne peut, monsieur le Préfet, vous signaler aucun fait nouveau concernant les causes d'insalubrité des logements. Ces causes sont toujours les mêmes : le défaut d'air, d'espace, de jour, les émanations provenant de substances corrompues ou malfaisantes, l'humidité, la construction vicieuse des bâtiments, qui ne garantissent l'habitant ni contre le froid en hiver, ni contre la chaleur en été, ni même quelquefois contre la pluie. Quant aux effets que produisent les conditions défectueuses des logements, ce sont des maladies et des infirmités de toutes sortes, des rhumatismes, des ophthalmies, des altérations des organes respiratoires. C'est au milieu de ces tristes conditions d'existence que, dans certaines localités, plus mal partagées et plus insalubres que les autres, se forment des générations d'individus étiolés et rachitiques, incapables de se livrer à aucun travail assidu et de supporter aucune fatigue, dont le moral finit trop souvent par s'altérer sous l'action délétère de la misère et des privations. »

1 an à 3 ans. Avec le système de notre collègue, ce serait 25 ménages complétement privés de la personne la plus indispensable, la mère de famille ; d'après cela, Messieurs, jugez si une pareille proposition est acceptable.

Une des principales raisons données par M. Desprès contre l'admission à l'hôpital d'enfants très-jeunes, c'est l'excessive difficulté de les tenir constamment propres, témoin ce qu'il a observé dans notre service, malgré une surveillance des plus actives ; aussi insiste-t-il avec raison sur la nécessité de l'augmentation du personnel dans les salles des berceaux. La Commission, qui reconnaît la justesse de cette demande et qui en a parlé dans son rapport, ne manquera pas de la signaler parmi les améliorations les plus nécessaires, surtout si, comme elle y compte bien, elle obtient, ce qui est indispensable, l'abaissement de l'âge de l'admission.

Mais pour arriver à entretenir cette propreté si nécessaire chez des enfants qui doivent rester quelquefois pendant plusieurs semaines au lit et dans des appareils, il ne suffit pas de vouloir, il faut encore pouvoir disposer d'une quantité de linge telle, que souvent on ne pourrait pas en trouver assez, même dans des ménages aisés ; et en voici la preuve.

On a un jour voulu savoir ce qu'il fallait de linge, en 24 heures, pour tenir un enfant de 2 ans parfaitement sec ; l'expérience fut faite comparativement dans le service de M. Barthez et dans le mien : tant en chemises, alèzes, couches ou draps, chacun des deux enfants avait mouillé ou sali plus de 30 pièces de linge. Jugez d'après cela dans quel état doivent se trouver quelques-uns des enfants soignés à domicile, lorsque, à la lettre, il n'y a ni draps, ni couches, et M. Trélat n'avait-il pas raison de nous dire à l'instant qu'il ne fallait pas envisager les hôpitaux comme uniquement destinés aux pauvres, car il y a bien des circonstances où, sans avoir affaire à des indigents, il est vraiment impossible de trouver en ville ce luxe, cette abondance de ressources dont les hôpitaux disposent.

Voici, du reste, le relevé fait à cette époque ; il est assez intéressant à connaître.

Blanchissage, par mois, du linge à pansement, service des salles de chirurgie, 96 lits.

Compresses et bandes...	Garçons ...	3,360	6,390.
	Filles......	3,030	

Blanchissage, par mois, du linge, service de chirurgie.

	Garçons.	Filles.	Total.
Draps.............	401	275	676
Alèzes...........	1,768	1,413	3,181
Chemises.........	950	797	1,747
Couches..........	844	986	1,830
Taies d'oreillers...	205	168	370

Quant à étendre à tous les hôpitaux le privilége, dont jouissent les services de clinique, de pouvoir admettre, dans le but de l'instruction, quelques enfants présentant des cas rares, nous ne pouvons que répéter à notre honorable collègue ce que nous avons dit dans le rapport, qu'au point de vue moral, une semblable mesure serait déplorable. Au reste M. Davenne avait déjà parfaitement jugé la question dans sa réponse à M. Gosselin : « Que pour éviter aux parents la peine de faire un long trajet, il y avait là peut-être un motif en faveur de la création de nouveaux hôpitaux d'enfants sur les points de la ville où le besoin s'en ferait sentir, mais ce n'était pas une raison pour altérer le principe des hôpitaux spéciaux. » (Discussion sur l'hygiène des hôpitaux). *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861-1862, page 184.

Vous le voyez, Messieurs, plutôt que de porter atteinte à une institution qui était un véritable progrès, c'est le directeur de l'Assistance qui est le premier à reconnaître que, dans l'intérêt général, pour ménager le temps des parents, pour ne pas les priver de la facilité de voir leurs enfants, il vaut encore mieux créer de nouveaux hôpitaux dans les quartiers les plus éloignés et les plus malheureux que de souscrire à la proposition qui lui est faite par M. Gosselin. Ce n'est pas, comme vous venez de l'entendre dire par M. Desprès, nous qui créons des situations pour les besoins de la cause ; nous les trouvons toutes faites et nous vous les exposons, parce que nous sentons qu'il est urgent d'aviser à soulager de grandes misères et qu'il faut que le public connaisse la vérité.

Mais, nous dira-t-on, vous allezr uiner l'administration. Rassurez-vous, Messieurs, ceci est une nouvelle exagération, et nous pouvons affirmer, sans nous tromper, que jamais, à aucune époque, le corps médical n'a conseillé de faire dans les hôpitaux des dépenses inconsidérées ; en tout cas le moment actuel serait bien mal choisi pour entrer dans cette voie.

Ce n'est pas, en effet, lorsque l'administration de l'Assistance, contrainte par l'autorité, a été forcée de contribuer pour des sommes considérables aux frais de la construction d'un édifice aussi somptueux et aussi mal conçu que le nouvel Hôtel-Dieu, qu'il serait venu à la pensée d'aucun de nous de l'entraîner de nouveau dans des dépenses inutiles ; plus que jamais nous comprenons tous la

nécessité de ménager le bien des pauvres. Aussi M. Desprès a-t-il eu raison de soulever la question de finances, seulement il est allé beaucoup trop loin en disant que l'augmentation du nombre de lits ou la fondation de nouveaux hôpitaux d'enfants serait une ruine pour l'administration.

Pour nous, loin de voir dans l'augmentation du nombre de lits d'enfants une dépense ruineuse pour les hôpitaux, nous croyons, au contraire, qu'elle serait par la suite une véritable économie; et ce qui peut au premier abord sembler un paradoxe est cependant facile à démontrer. Au commencement il faudra, à la vérité, une mise de fonds assez importante; mais si on veut bien se rendre compte de la différence de mortalité et des résultats obtenus, suivant qu'une maladie est soignée à son début ou à une période avancée, et si ensuite on réfléchit aux sommes considérables de secours accordés chaque année aux aveugles, aux infirmes, et aux charges que toute cette population d'invalides impose au pays, on verra que cette mesure, au lieu d'être ruineuse, sera plus tard un allégement pour son budget.

Au-dessus de la question d'argent, il y a d'ailleurs une question d'un ordre plus élevé, celle de l'humanité, et il est des circonstances où, en fait de secours comme en fait d'éducation, il faut savoir s'imposer des sacrifices; ce ne sont pas les dépenses utiles qui ruinent un pays, ce sont celles que rien ne justifie. Si la ville de Paris, après tous ses désastres, avait, lorsqu'il a été question de l'insuffisance et du mauvais état de quelques-unes de ses écoles, fait le même raisonnement que M. Desprès, nous aurions encore, à l'heure actuelle, comme en 1867, 60,000 enfants ne pouvant trouver de place, ni à l'asile, ni à l'école; au lieu de cela, grâce à une énergique impulsion et à des dépenses considérables, mais sagement comprises, dans l'espace de cinq ans, malgré toutes les charges qu'elle a eu à supporter, elle est parvenue à donner 30,000 places dans les asiles et les écoles. Qu'elle complète donc aujourd'hui son œuvre, en secourant tous ceux de ses enfants qui souffrent et qui ne peuvent recevoir dans leurs familles les soins nécessaires; nous ne lui demandons pas d'élever des monuments, mais seulement des hôpitaux simples et cette fois construits suivant les règles de l'hygiène.

Notre collègue, qui prétend et veut prouver que, loin d'être insuffisant, le nombre des lits est trop considérable et que la moitié des enfants malades n'a pas besoin d'entrer à l'hôpital, a recours, pour démontrer l'exactitude de ce qu'il avance, à une manière de raisonner qui n'appartient qu'à lui. Il consulte la statistique de 1863, et trouvant que, sur 1,100 malades reçus dans les deux hôpitaux d'enfants, il y en a eu 370 atteints de maladies des yeux, il en con-

elut que les services n'étaient pas encombrés. Pourquoi donc ne pas dire de suite que les affections des yeux sont si peu de chose qu'elles ne méritent même pas d'être admises à l'hôpital[1] ? Ce raisonnement nous le repoussons comme faux, dangereux et contraire aux intérêts des malades, attendu que l'on ne saurait apporter trop de soins et de précautions pour combattre des affections, souvent très-graves et parfois très-contagieuses.

D'ailleurs, que deviendront ces enfants repoussés des hôpitaux, des asiles, des écoles ? ils seront des agents de contagion, d'autant plus actifs qu'ils ne pourront même pas être gardés et surveillés par leurs parents travaillant dehors. Nous savons, d'ailleurs, par expérience ce qui arrive chez ces enfants soignés d'une façon plus ou moins régulière : de récidive en récidive, ils finissent par perdre complétement la vue. Or, si pour le riche la conservation de la vue est un bien inappréciable, pour l'ouvrier, c'est plus encore, c'est son gagne-pain, c'est la préservation de la misère ; pour l'État, l'aveugle est un pensionnaire à vie, ou un mendiant à tolérer.

Notre honorable collègue, qui est très-peu partisan du traitement des enfants dans les hôpitaux, invoque, pour démontrer leur peu de nécessité, la répulsion des parents ; ce sont là de ces erreurs et de ces exagérations contre lesquelles il est bon de prémunir le public, et nous ne pouvons en donner de meilleures preuves qu'en mettant sous vos yeux les relevés que nous avons dû faire à certaines époques, pour indiquer à l'administration de l'Assistance combien le nombre des lits était insuffisant[2]. M. Desprès nous répétera peut-être encore une fois que ce sont autant d'enfants abandonnés ; c'est sa conviction, espérons qu'avec le temps et l'expérience il la modifiera, et qu'il viendra un moment où il ne dira plus que la moitié des enfants malades n'a pas besoin d'entrer à l'hôpital, car c'est là une erreur sans nom.

Il est vrai que, d'après le système de notre collègue, on ne devra plus, à l'avenir, admettre à l'hôpital, ni les enfants scrofuleux ou phthisiques, ni ceux qui sont atteints de carie, de nécrose ou de coxalgie ; comme tout cela dure trop longtemps, il ne faudra désormais recevoir que les grands blessés. En entendant ces paroles, je me suis demandé si véritablement elles étaient sérieuses, et

[1] Il n'y a eu que 3 volumes publiés. Le 1er, pour l'année 1861, parut en 1867 ; il contient 191 pages ; le 2e, pour l'année 1862, parut également en 1867 ; il contient 401 pages ; enfin le 3e et dernier, le moins incomplet, pour 1863 et publié en 1868, arrive au chiffre de 680 pages.

[2] Au mois d'octobre 1864, il y avait 371 enfants inscrits pour entrer à Sainte-Eugénie ; sur ce nombre, il y avait 11 teigneux ; au 31 décembre 1865, 177 expectants, dont 50 teigneux ; au 1er janvier 1867, 139 en comprenant les teigneux. A cette époque, c'étaient les garçons inscrits comme chroniques en avril 1866

lorsque quelques instants après, il a ajouté : il faut faire de la philanthropie pour les malades et non soutenir les chirurgiens, j'ai trouvé que votre excellent collègue M. Guéniot avait eu bien raison de lui dire que plus d'une fois dans son discours il s'était mis en contradiction avec lui-même.

Comment, Messieurs, il n'y a rien à faire pour ceux qui sont atteints de carie, de nécrose, et désormais tous les scrofuleux, tous les phthisiques seront traités à domicile? Vous ne voulez pas de l'hôpital pour les enfants, attendu qu'ils y sont mal soignés, et vous ajoutez, un peu plus loin, que les bureaux de bienfaisance ne valent pas mieux; où donc alors sera-t-on bien soigné ? de grâce, monsieur Desprès, indiquez-nous-le, pour y envoyer ceux qui souffrent. A vous entendre on serait tenté de croire que nous sommes, dans l'admission des malades, un peu trop sensibles aux lettres de recommandation ; ceci n'est pas complétement exact, mais il y a des circonstances où nous devons cependant en tenir compte. Moi aussi j'en ai reçu beaucoup, et dans le nombre de celles que j'ai gardées, il en est une que je conserve, non-seulement comme un précieux souvenir, mais comme un modèle de recommandation ; elle me fut adressée par mon père, lorsque j'étais chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours.

« Je te prie de recevoir dans ton service le malade porteur de ce « billet. C'est un ouvrier père de famille.

« MARJOLIN. »

Vous le voyez, il ne s'agit pas d'accorder une faveur, mais d'admettre un ouvrier père de famille.

Il y aurait fort à faire si nous avions à relever toutes vos erreurs et à combattre toutes vos exagérations. Heureusement vos paroles sont consignées aux procès-verbal, et le public jugera. Toutefois j'ai encore deux observations à vous faire, et c'est par là que je terminerai ma réponse à vos objections.

Si les chroniques, avez-vous dit, n'entrent pas à l'hôpital, c'est que les chirurgiens n'en veulent pas, car ils pourraient les rece-

qui entraient, et les filles inscrites en juillet 1866; restait comme teigneux à admettre 45 enfants inscrits en 1865, et 57 enfants inscrits en 1866; c'est-à-dire 102 teigneux, venant plus ou moins régulièrement au traitement externe, et quelquefois jamais. Au 31 juillet 1869, sur 116 enfants teigneux, inscrits à Sainte-Eugénie au traitement externe, 18 étaient assidus, 47 avaient manqué à plusieurs séances et 49 ne s'étaient pas présentés pendant le mois. J'ajouterai qu'il ne faut pas croire que tous ceux dont la fiche d'inscription porte pour tout diagnostic, *scrofule*, ne méritent aucun intérêt; j'ai été à même de constater plus d'une fois que dans le nombre se trouvait une proportion assez notable d'enfants atteints de maladies chirurgicales très-graves.

voir. Messieurs, ces paroles, prononcées publiquement, sont tellement graves qu'à moins de preuves, nous nous refusons à y croire; nous prions donc notre honorable collègue de vouloir bien les donner.

D'après vous, les religieuses et les infirmières ne seraient pas soigneuses, ce sont là vos propres expressions, je les ai écrites sous votre dictée. A ce propos permettez-moi de vous rappeler que si, dans toutes les professions, on rencontre des individus remplis de zèle et de talent, il s'en trouve aussi un certain nombre n'ayant aucune de ces qualités, et naturellement cela doit aussi s'observer dans le personnel des hôpitaux. Seulement, cher collègue, sans vouloir en rien accepter le rôle de défenseur des sœurs et des infirmières, permettez-moi de vous dire que c'est surtout dans les hôpitaux d'enfants, où elles sont sans cesse exposées à des maladies contagieuses, comme les ophthalmies purulentes, les angines diphthéritiques, que nous avons été le plus à même d'admirer leur dévouement et d'apprécier les résultats de leurs soins assidus. D'après cela, comment vous, qui aviez été comme nous témoin de leur sollicitude pour leurs petits malades, avez-vous pudeur adresser un reproche aussi immérité ?

Il est bien rare, vous le savez, qu'une année se passe sans que quelqu'un du service ne tombe malade, et, pas plus tard que mercredi dernier, une heure avant de venir à la séance, j'avais dans mon cabinet une malheureuse infirmière, Marguerite Renault, que M. Trélat a aussi connue, et qui a perdu la vue en soignant des enfants. A Cochin, il y a eu pendant longtemps une sœur devenue aveugle, en 1832, en soignant les orphelins atteints d'ophthalmie purulente. Que faut-il donc de plus pour prouver son dévouement ?

Comme vous, Monsieur Desprès, je suis prêt à convenir que tout n'est pas parfait dans nos hôpitaux ; mais le sommes-nous nous-mêmes? « En pareille matière, la séparation entre le vrai et le faux, le possible et l'impossible exige, outre un sentiment d'humanité très-sincère, une solide connaissance des faits[1]. » Non, ce n'est pas l'humanité qui vous a jamais manqué ; tout récemment encore, vous nous en avez donné des preuves, et aujourd'hui même, je suis heureux de pouvoir vous remercier publiquement de la manière dont vous avez accueilli à l'hôpital un pauvre palefrenier qui n'avait aucune recommandation ; seulement, avant de vous lancer à l'aventure dans cette discussion, il aurait fallu mieux en connaître les éléments.

Notre collègue M. de Saint-Germain a préludé, dans ses objec-

[1] Thiers, Rapport général au nom de la Commission de l'assistance et de la prévoyance publiques, 1850.

tions, par une demande à laquelle je vais m'empresser de satisfaire, bien que, suivant Salomon et Pascal, *celui-là est haïssable qui parle toujours de lui.* Pourquoi ai-je attendu jusqu'à ce jour pour réclamer toutes ces réformes? A cela voici ma réponse : Du 1[er] janvier 1843, date de mon entrée dans les hôpitaux, jusqu'au 1[er] janvier 1873, époque de ma retraite, je n'ai jamais cessé de demander toutes les améliorations dont la nécessité me semblait démontrée. Veuillez bien consulter le Bulletin de l'Académie de médecine, 1861-1862, les Bulletins de la Société de chirurgie, ceux de la Société de protection de l'enfance ou des apprentis, ouvrez le Compte-rendu du congrès international des médecins, tenu à Paris en 1867, et constamment vous trouverez dans ces divers recueils, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, mon nom mêlé dans les discussions concernant les réformes et les améliorations à introduire dans nos hôpitaux, et sans vous parler de ma correspondance personnelle avec MM. Dubost, Davenne, Husson, Blondel, Delessert et plusieurs membres du parquet, mon indépendance et ma ténacité n'étaient, je puis vous l'affirmer, que trop connues de l'administration et sont en quelque sorte restées à l'état légendaire.

Vous n'avez, dites-vous, jamais éprouvé de difficulté dans les admissions que vous avez proposées. A ce sujet, permettez-moi de vous dire que la Commission n'a voulu en aucune manière faire allusion à ce qui se passe ici ou ailleurs, elle a vu dans le règlement une lacune importante, et elle l'a signalée, parce qu'elle a jugé qu'il était indispensable d'abaisser l'âge d'admission.

Cette mesure, que nous croyons très-urgente, vous la combattez en disant que les salles seront troublées par les cris des enfants, qu'elles seront infectes, tant il sera impossible de tenir les enfants dans un état de propreté convenable; vous allez même jusqu'à dire que ce ne seraient que des rachitiques. Tout ceci, permettez-moi de vous le dire, n'est que de l'exagération, d'abord parce que les enfants rachitiques ne sont pas admis pour leur rachitisme, mais parce qu'ils sont malades ou blessés. Quant à ce qui est des cris ou de l'odeur, ceci n'est pas absolument exact et vous vous trompez encore lorsque vous dites que la chirurgie n'a rien à faire vis-à-vis de ceux que vous désignez sous le nom de chroniques. Dites, et vous aurez grandement raison, qu'il faudrait établir à la campagne, pour une certaine quantité de malades incurables, des établissements semblables à quelques institutions privées; mais encore une fois, n'excluez pas de l'hôpital et des services de chirurgie tous ceux qui sont inscrits sous le titre de *chroniques*, car vous donneriez raison à M. Desprès.

Vous dites que les enfants guérissent mieux dans les familles : c'est encore là une erreur. Comment voulez-vous que l'on guérisse

en restant dans la misère, l'insalubrité, en un mot, au milieu des conditions qui ont été la source première de la maladie ?

A ce propos, permettez-moi de vous citer un passage du rapport du Dr Salone, un des médecins du bureau de bienfaisance du cinquième arrondissement (mairie du Panthéon) et vous verrez s'il est si avantageux de confier les enfants à leurs mères. Il s'agit des décès de l'année 1874. Les 185 décès observés sur 2,901 malades indigents traités à domicile se divisent de la manière suivante : « 60 tuberculeux; 18 cancers de l'estomac; 2 suites de couches; et enfin, chiffre énorme, 105 décès survenus chez des enfants au-dessous de quatre ans.

« Ce résultat, sauf les réserves qui vont suivre, est satisfaisant, si vous voulez bien songer aux conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent la plupart des indigents : logement insuffisant, trop souvent insalubre, misère par suite de chômage, inconduite, et aussi ignorance complète des notions les plus élémentaires de l'hygiène.

« Mais que dire de ces 105 décès survenus chez des enfants au-dessous de 4 ans? Cette mortalité énorme a pour cause principale le sevrage prématuré, l'allaitement artificiel. »

D'après cela, n'avons-nous pas quelque peu raison de n'admettre le traitement à domicile que lorsque nous trouvons dans les familles des garanties morales et matérielles suffisantes pour le rendre possible?

Quant à dire qu'il ne vient pas d'enfants atteints de maladies aiguës au bureau central, vous pourriez bien n'en avoir jamais vu, c'est possible; mais ce qui est certain, c'est que j'en ai reçu.

En définitive, nous maintenons, malgré tout ce que vous pourrez dire, que le nombre des lits d'enfants consacrés aux affections chirurgicales est insuffisant, et M. Davenne était le premier à le reconnaître dès 1862, lorsqu'il disait à l'Académie de médecine qu'à l'Enfant-Jésus il y avait, à cette époque, 18 enfants et à Sainte-Eugénie 62 inscrits attendant leur admission.

Pour ce qui est des précautions à prendre pour préserver les enfants conduits au dépôt des affections contagieuses, telles que l'ophthalmie purulente, qui semble y régner presque en tout temps, M. Desprès et M. Guéniot ont dû voir que cette importante question n'avait pas été oubliée par la Commission, qui en a fait l'objet d'une conclusion spéciale, et si le rapporteur n'a pas cru devoir donner à ce sujet plus de développement, c'est qu'il compte le traiter séparément; on peut donc, sur ce point, être parfaitement tranquille.

Cependant, comme il serait très-intéressant pour nous tous d'apprendre comment des enfants déjà d'un certain âge, 2, 3 ans et

au-dessus, conduits très-bien portants au dépôt, y contractent si souvent des ophthalmies purulentes, nous prions M. Guéniot de vouloir bien nous dire si les nouvelles dispositions des salles indiquées dans un rapport de M. Husson [1] ont eu pour résultat de préserver des maladies contagieuses les enfants qui ne font qu'un séjour passager au dépôt. D'après ce que nous avons été à même d'observer, nous croyons devoir dire que nous n'avons pas constaté la moindre diminution dans le nombre des ophthalmies purulentes chez les enfants conduits au dépôt.

Je n'ai visité qu'une seule fois cet établissement, c'était vers le milieu de l'été 1871, après la guerre et la commune; à cette époque il y avait eu une véritable épidémie d'ophthalmie purulente au dépôt, parmi des enfants déjà assez âgés.

A la suite des privations du siége et des tristes événements dont Paris avait été le théâtre, on comprend très-bien qu'un certain nombre d'enfants soient entrés étant déjà malades ; mais ce que je constatai, c'est que plusieurs de ceux qui avaient des conjonctivites granuleuses des plus prononcées n'étaient nullement isolés des autres ; je pourrais en dire autant de quelques teigneux.

Je compris dès lors comment, dans cette maison, certaines maladies contagieuses ne cessaient de se propager.

Messieurs, après tout ce qui a été dit dans le rapport et au cours de la discussion, ma réponse à M. Boinet sera très-courte ; je crois comme lui qu'il y a autant d'améliorations et de réformes à introduire dans le traitement à domicile que dans les hôpitaux et qu'il y a également beaucoup de bien à faire à l'aide de cette assistance; mais là aussi il faut que l'on augmente les ressources; il faut aussi, si on veut véritablement atteindre le but que l'on se propose, que chacun se contente de faire connaître et de réclamer ce qui manque sans vouloir dépasser les limites du possible.

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le secrétaire,
M. Sée.

[1] « Aux Enfants Assistés, on a consacré des salles spéciales aux maladies contagieuses; les enfants atteints de rougeole, de scarlatine, de variole, d'ophthalmies purulentes ont été séparés rigoureusement des autres malades, et l'on a ménagé plusieurs salles de rechange, pour faciliter l'aération et le nettoyage des salles dont l'évacuation serait jugée nécessaire. » (Exposé des progrès et des améliorations réalisés dans les services dépendant de l'administration de l'Assistance publique, du 1er janvier 1852 au 1er décembre 1867, p. 33.

Séance du 29 décembre 1875.

Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les pubications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger.

De la xérophthalmie, par le Dr Paul Fernet. Une lettre du ministre de l'Instruction publique informant la Société de chirurgie que la Société royale de Nouvelle-Galles désire échanger ses publications avec la Société de chirurgie de Paris.

M. le Dr Fleury, de Clermont, dépose, par l'intermédiaire de M. Marjolin, une observation de *taille bilatérale*, pratiquée par lui pour extraire de la vessie un *énorme calcul pesant* 225 *grammes et mesurant près de* 8 *centimètres dans son plus grand diamètre et près de* 6 *centimètres dans son petit diamètre.*

Rapports.

Arrachement de l'épine du tibia à l'insertion du ligament croisè antérieur.

M. Desprès fait un rapport verbal sur une pièce anatomique envoyée à la Société par le Dr Ant. Poncet, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il s'agit d'une lésion traumatique cachée de l'articulation du genou gauche, qui n'a guère été observée jusqu'ici que sur des cadavres lorsque l'on cherchait à produire artificiellement des luxations du genou.

Un homme de 50 ans, qui s'était précipité de la hauteur d'un troisième étage, était mort sur le coup. A l'autopsie on avait trouvé une fracture du crâne. M. Poncet, voulant répéter la désarticulation du genou, pénétra dans l'articulation du genou gauche, qu'il trouva remplie de sang à sa grande surprise, car extérieurement le genou n'offrait aucune trace de violence extérieure.

La lésion capitale était un arrachement de l'épine du tibia par le ligament croisé antérieur, toute la portion d'os qui constitue cette éminence était arrachée et tenait à peine ; il y avait à la place de

l'épine du tibia un trou qui était fait comme à l'emporte-pièce. Sur le corps même du ligament existait une déchirure ou une coupure qui intéressait le tiers de son épaisseur; peut-être cette section avait-elle été faite pendant l'incision de l'articulation. En même temps, il y avait à l'extrémité inférieure du tibia du même côté une fracture en V.

M. Poncet appelle l'attention sur le fait de la lésion cachée, et il croit que des lésions de ce genre sont celles qui font durer les entorses du genou, bénignes en apparence.

Communication.

Fibro-myxome du bassin chez un homme.

Par M. Tillaux.

Eugène Rouget, 47 ans, marchand de comestibles. Entrée à l'hôpital le 14 novembre 1875.

Il y a vingt ans que cet homme s'est aperçu pour la première fois de l'existence d'une petite grosseur à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale droite ; cette tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule. Elle a grossi lentement, sans provoquer de douleur, jusqu'en 1870, époque à laquelle le malade fut obligé de passer plusieurs mois à l'hôpital Necker, puis à Saint-Antoine pour une sciatique du côté droit. Les premiers troubles dans la défécation, troubles pour lesquels, en somme, le malade entre chez M. Tillaux, ne remontent qu'à 4 ou 5 mois.

Cet homme est vigoureux; il n'a pas maigri, ne souffre pas, soit pendant le repos, soit pendant la marche; la station assise est seulement un peu gênée ; mais ce qui l'inquiète, c'est la grande difficulté qu'il éprouve pour uriner et surtout pour aller à la selle : ses matières sont aplaties et comme creusées d'une rainure médiane.

Le malade étant placé comme pour la taille, voici ce qu'on observe : une tumeur irrégulière, bosselée, grosse comme une tête de fœtus à terme remplit la fosse ischio-rectale droite et soulève la peau ; celle-ci a sa coloration normale, n'est pas sillonnée de veines, et glisse aisément sur les parties profondes. La consistance de la tumeur n'est pas la même partout : dure dans certains points, elle est élastique, semblable à la consistance du cartilage dans d'autres. La palpation confirme l'existence des bosselures déjà révélées par la simple inspection; la tumeur est mobile, surtout à sa partie inférieure; en haut, elle semble adhérer aux parties placées profondément, soit au coccyx, soit au sommet du sacrum. Le toucher rectal vérifie ces données et les complète, car il apprend que la tumeur

a un prolongement intra-pelvien, dont on ne peut, avec le doigt, atteindre la limite supérieure. Le doigt se trouve étroitement serré; il sent sur la partie médiane de la paroi postérieure du rectum une saillie longitudinale sur les côtés de laquelle existent deux gouttières. Le rectum est refoulé en avant et en haut et aplati contre le pubis. La vessie elle-même est comprimée.

Diagnostic. — La lenteur dans le développement de cette tumeur, l'état général, qui est très-bon, permettent de rejeter toute idée de tumeur maligne. Un lipôme ne serait ni dur, ni adhérent; M. Tillaux pose le diagnostic : fibro-enchondrôme du bassin. Il pense que la tumeur se compose de deux parties, une extérieure, saillante, et une autre intra-pelvienne, à laquelle sont dus spécialement les accidents de compression du rectum. Le point d'implantation siége probablement au niveau du sommet du sacrum ou du coccyx.

Les troubles sérieux dans la défécation, l'imminence d'une obstruction intestinale par compression de l'intestin déterminent M. Tillaux à une intervention chirurgicale : il se propose, après avoir mis la tumeur à nu, de l'attirer en bas avec des pinces à griffes et d'en enlever le plus possible, afin tout au moins de conjurer le danger causé par l'obstacle au cours des matières; s'il est possible de l'atteindre, on incisera le pédicule et on tâchera d'énucléer la tumeur.

Opération le 10 novembre sous le chloroforme.

Incision avec l'anse du galvano-caustique sur la ligne médiane du périnée en respectant l'anus. Deuxième incision transversale, perpendiculaire à la première qu'elle rejoint vers le milieu de la tumeur. On détache la peau et on la rabat en haut et en bas. L'opérateur dégage alors la tumeur en procédant par décollement avec le doigt, et arrive sur le pédicule, qui s'insère bien sur le coccyx comme on l'avait supposé. M. Tillaux coupe ce pédicule avec un bistouri boutonné, attire en bas la tumeur, dont la portion pelvienne finit enfin par s'énucléer. Cette dernière portion n'avait heureusement aucune adhérence avec les parties environnantes. L'immense vide ainsi créé ressemble assez bien à un sablier dont le collet correspond à la place qu'occupait le pédicule.

Le malade a perdu très-peu de sang pendant l'opération. On applique quelques points de suture, puis un bandage en T.

La tumeur a une ressemblance grossière, comme volume et forme, avec un fœtus presque à terme, dont le cordon serait remplacé par le pédicule.

Longueur, 26 centimètres. Diamètre transversal, 10 centimètres.

Sur une section on aperçoit une surface blanchâtre, infiltrée, en certains points, d'une matière gluante; on y trouve comme des noyaux, qu'il est possible d'énucléer et comparables aux fibromes

utérins. Certaines parties sont plus molles, analogues à du myxôme; dans d'autres on trouve des kystes. En résumé, le point de départ a été probablement le coccyx, de là la tumeur a poussé un prolongement qui a rempli la fosse ischio-rectale, sans produire aucun accident; puis, longtemps après le début, un autre prolongement, celui-là intra-pelvien, qui a comprimé le rectum.

11 novembre. — Le malade a perdu un peu de sang, il a de la fièvre, temp. axill : 39°,4. Malgré cela, il se sent soulagé, les gaz sont expulsés facilement et il urine avec une facilité qui le surprend agréablement lui-même.

12 novembre. — Légère hémorrhagie par la plaie, la fièvre continue; quelques coliques sourdes.

14. — Application de sangsues à l'hypogastre contre les douleurs abdominales et l'empâtement du ventre, qui indiquent un peu de péritonite localisée. La plaie est pansée soir et matin. M. Tillaux y fait faire des lavages avec l'eau alcoolisée.

La plaie devient bourgeonnante dès le 16, l'appétit renaît, le malade va facilement à la selle, les douleurs abdominales ont disparu; les jours suivants, quelques lambeaux de tissu cellulaire morbifié sont éliminés.

A partir du 25, l'excavation se comble rapidement. Le 12 décembre, les deux lèvres de la plaie sont presque rapprochées.

22 décembre. — Le malade sort guéri de l'hôpital : la plaie est presque cicatrisée, et il ne se plaint plus d'aucun trouble fonctionnel.

Suite de la discussion du rapport de M. Marjolin.

M. Sée. Je demande la permission à la Société de lui donner connaissance de deux passages d'un rapport adressé récemment par le docteur Moissenet au Conseil de surveillance des hôpitaux. Ce rapport, provoqué par les demandes adressées à l'Assistance publique au sujet du service dont est chargé à l'hôpital des Enfants malades le professeur complémentaire de maladies des enfants, doit être l'objet d'une discussion dans la prochaine séance du Conseil de surveillance. Il m'a été communiqué par le rapporteur dans le but de savoir s'il était conforme à mes idées sur la question en litige.

« M. Husson avait reconnu, dit M. Moissenet, l'utilité d'un service à l'usage des malades au-dessous de deux ans, et il l'aurait certainement créé si on lui en eût laissé le temps. Vous avez à Necker, comme dans plusieurs autres hôpitaux d'adultes, des crèches où sont reçus, avec leur mère, les enfants malades sevrés

ou non. Mais dans les hôpitaux exclusivement destinés aux enfants, vous n'avez pas de place pour les plus petits. Lorsque ces derniers, sevrés naturellement ou par le fait de la mort de leur mère, vous sont présentés par un ouvrier veuf, vous les refusez parce qu'ils n'ont pas deux ans accomplis. Qu'il s'agisse de fièvre typhoïde ou éruptive, de pneumonie ou d'angine diphthéritique (je pourrais ajouter, de fracture grave ou de phlegmon diffus), la règle de l'hôpital est inflexible. Mais le directeur de l'hôpital ne l'applique pas toujours impitoyablement au pied de la lettre ; il reçoit le petit malade, au lieu de le laisser remporter sous le toit paternel, qui ne pourrait être pour lui qu'un tombeau. Malheureusement l'enfant est placé dans une salle commune où rien n'est spécialement disposé pour lui. L'infirmerie affectée au service général, absorbée par les soins qu'elle est obligée de répartir entre plusieurs, ne donne à ce nouveau venu qu'une attention et des soins insuffisants. De sorte que le plus souvent l'exception bienveillante n'a que des conséquences fatales. Si une mère malade se présente à l'Hôtel-Dieu ou ailleurs avec son enfant malade, il faut qu'elle entre avec lui, qu'elle laisse à son mari ou le plus souvent à des voisines sa grande fille qui est en apprentissage, et qu'elle confie au dépôt les deux ou trois autres enfants que son absence priverait de tous soins. Croyez-vous que cette mère n'aimerait pas mieux déposer son enfant à l'hôpital, en mains sûres, que d'être obligée d'y entrer avec lui, au grand préjudice des intérêts sacrés qui devraient la retenir au logis? Les enfants trouvés sont recueillis dans l'hospice des Enfants assistés, qui devient pour eux un hôpital lorsqu'ils tombent malades. Pourquoi l'enfant légitime de l'ouvrier, que nous ne devrions pas confondre avec ceux-là, ne bénéficierait-il pas ailleurs d'un semblable privilége ? C'est là un oubli à réparer, une lacune facile à combler, comme nous espérons le prouver tout à l'heure. »

Et un peu plus loin : « Les médecins et chirurgien de l'hôpital de la rue de Sèvres, MM. Bouchut, Labric, Archambault, Simon, Blachez et Saint-Germain (nous savons que M. Moissenet se trompe quant à ce dernier), comme ceux de l'hôpital de la rue de Charenton, MM. Bergeron, Triboulet, Cadet de Gassicourt et Marc Sée, tous experts en hygiène et en pathologie infantiles, sont unanimes à regretter l'exclusion de leurs hôpitaux de la catégorie si intéressante des enfants au-dessous de deux ans. Tous déplorent la dure nécessité où ils se sont trouvés de refuser à ces petits malades une admission qui leur semblait urgente, ou de ne pouvoir obtenir pour eux qu'une faveur exceptionnelle et dangereuse. Cette anomalie réglementaire, que la partie la plus compétente du corps médico-chirurgical des hôpitaux critique avec raison, la majorité

de la Commission voudrait la faire disparaître. Comme ces honorables docteurs, nous pensons que le succès de ce nouveau service sera subordonné aux conditions hygiéniques qui présideront à son installation. »

J'ai cru, Messieurs, devoir vous lire ces quelques lignes afin de vous montrer que les opinions soutenues dans le rapport ne sont pas particulières à votre Commission et qu'elles sont, au contraire, partagées par l'immense majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux d'enfants.

M. DE SAINT-GERMAIN. Dussé-je justifier l'épithète de *non-clairvoyant* dont M. Marjolin gratifie les gens qui ne sont pas de son avis, et *continuer de raisonner, comme il le dit encore, d'une manière qui n'appartient qu'à nous seuls*, je persiste dans mon dire et j'avoue n'avoir trouvé dans les discours de MM. Sée et Marjolin rien qui mette à néant les arguments que je faisais valoir dans ma réplique.

Peut-être la question a-t-elle quelque peu dévié et a-t-on dépensé beaucoup d'éloquence pour établir si le pauvre aime ses enfants plus ou moins ou autant que le riche; il y a eu là un véritable assaut de sentiment appliqué ; je ne me sens pas de force à suivre ces messieurs dans cette voie et je rentre dans la question.

M. Sée trouve qu'il n'y a pas assez d'hôpitaux d'enfants; la preuve en est, dit-il, qu'on voit arriver à Sainte-Eugénie des enfants venant de la Glacière. Je pourrais lui répondre que cet empressement est très-flatteur pour lui, puisque ces gens-là auraient bien plus tôt fait d'aller à l'Enfant-Jésus; mais comme il m'arrive aussi très-souvent à l'Enfant-Jésus des enfants du faubourg Saint-Antoine, ce compliment me serait vite retourné. Voilà donc des parents, et ils sont nombreux, qui traversent tout Paris bénévolement quand ils ont un hôpital à leur porte. Leur épargnerez-vous beaucoup de temps en créant deux nouveaux hôpitaux? je n'en crois rien ; et, d'ailleurs, si on tient à ménager absolument le temps et la peine des parents des enfants malades, ce ne sont pas deux hôpitaux qui sont nécessaires dans une ville comme Paris, il en faut douze, il en faut vingt. Et puis, messieurs, il faut s'entendre. Les hôpitaux de l'Enfant-Jésus et Sainte-Eugénie étant seuls, on y vient, dites-vous, de tous les quartiers de Paris. Une consultation immense doit être le résultat immédiat d'un semblable déplacement. Point. — 30 enfants, maximum à l'Enfant-Jésus, — de 60 à 70 à Sainte-Eugénie. Vous voyez à quoi se réduit cette multitude.

M. Sée, effleurant la question des chroniques, admet bien qu'on puisse économiser un nombre considérable de lits en opérant,

comme je le fais, les malades à l'hôpital et les traitant ensuite quotidiennement à la consultation. C'est, du reste, dit-il, la pratique qu'il observe. Seulement, ajoute-t-il, certains malades ne peuvent être ainsi traités. Ce sont les coxalgiques. Je regrette de ne pas être de son avis ; car ce sont surtout les coxalgiques qui bénéficient de ce mode de procéder. Il faut les endormir et les redresser, dit M. Sée. Je les endors et je les redresse, et cela non pas sur une borne à la consultation, mais dans les salles, où je les fais entrer pour deux ou trois heures. Je dirai plus : j'ai obtenu de tels succès par cette méthode de traitement que je l'ai étendue aux ophthalmies purulentes, et cette année, alors que mes salles étaient infectées de ce fléau et que, malgré les soins éclairés des religieuses et des personnes du service, nous perdions 3 yeux en l'espace de 8 jours, j'ai pu, chez 4 enfants nouveau-nés amenés tous les jours à la consultation et pansés chez eux suivant mes indications, conserver la vue de la manière la plus complète. Quant aux enfants atteints de bec-de-lièvre, je crois, comme M. Sée, qu'il faut les soigner à l'hôpital ; mais dans ce cas, je le répète, on a toujours fait droit à ma demande ; M. Sée, qui a joui u même bénéfice, nous donne à tous deux un petit brevet de disdcrétion. Je l'accepte, tout en convenant que je n'ai pas eu grand mérite à ne pas être indiscret, puisque je n'ai pas eu besoin de l'être.

Certes, si les hôpitaux ressemblaient, même de très-loin, à ce portrait idéal que M. Trélat en a tracé, tout le monde irait à l'hôpital et on ne verrait rentrer chez eux que les nababs qui peuvent, comme le disait notre collègue, appeler près d'eux, dans leurs villas, une armée de médecins, de chirurgiens et d'assistants. Malheureusement, nous sommes loin de cet idéal, et nous avons surtout dans nos hôpitaux d'enfants, sans compter les fièvres éruptives, deux horribles fléaux, le croup et l'ophthalmie, qui sévissent d'une manière continue et doivent faire considérer l'hôpital comme un lieu dangereux, funeste, où on ne doit recevoir les enfants que quand on ne peut faire autrement. En voulez-vous une preuve? En 3 ans, j'ai perdu de par le croup 7 enfants qui étaient entrés dans mes salles pour des affections peu graves, des adénites, des pieds bots, un torticolis. Certes, dans la dernière séance, M. Desprès demandait peut-être un peu crûment à M. Sée s'il mettrait volontiers ses enfants à l'hôpital; et le haut de corps de M. Sée n'a surpris personne; mais il m'est arrivé cent fois d'engager de pauvres gens à garder leurs enfants chez eux et à les faire soigner à la consultation, et j'ai la certitude d'avoir sauvé de la sorte un nombre considérable de petits malades qui auraient été exposés, durant

des mois entiers peut-être, aux terribles dangers que l'on doit toujours avoir devant les yeux.

M. Marjolin, répondant à mon premier argument relatif à la tardive éclosion de son projet, dit que depuis 1843 il est entré en campagne et que, depuis cette époque, il a guerroyé contre l'administration et ses chefs successifs avec une indépendance et une ténacité qu'il qualifie tout simplement de légendaires. Je n'en savais absolument rien ; mais cet aveu n'est pas en faveur de la cause qu'il défend. Des projets soutenus par un homme de la valeur, du talent, de l'autorité de M. Marjolin auraient dû, depuis plus de 30 ans, être mis à exécution, s'ils avaient été applicables ou jugés nécessaires ; car je ne crois pas à l'acharnement et à la ténacité des prétendus ennemis de M. Marjolin ; M. Marjolin s'abuse ou plutôt il se flatte : il n'a pas d'ennemis.

Notre collègue m'accuse d'exagération quand je parle de la difficulté de tenir propre une salle de très-jeunes enfants, et des dépenses considérables qu'entraîneraient le linge et le personnel ; puis, tout aussitôt, il me fournit, avec sa bienveillance habituelle, une arme contre lui, en nous racontant le concours assez pittoresque qu'avaient établi, entre deux enfants de leur service, MM. Marjolin et Barthez, et dans lequel le champion de M. Barthez l'emporta, je crois, de deux alèzes, j'allais dire de deux longueurs.

Je veux bien que, dans ce cas, les deux enfants y missent de l'amour-propre ; mais M. Marjolin ne me fera jamais croire que le total de 32 pièces de linge salies par jour et par tète soit un argument en faveur de l'admission des enfants au-dessous de deux ans à l'hôpital.

Je passe rapidement sur l'admission dans nos salles, par l'intermédiaire du bureau central. Je n'ai jamais vu amener au bureau central de jeunes enfants blessés ou justiciables de la chirurgie active. Si M. Marjolin affirme en avoir jadis reçu, ce ne peut être qu'à l'état d'exception. Je ne reviendrai pas non plus sur la composition des salles dites de chirurgie et sur la nécessité d'envoyer à la campagne ou au bord de la mer tous les enfants pour lesquels la chirurgie active n'a absolument rien à faire. Tout le monde est d'accord sur ce point. Un mot pourtant sur les chiffres.

M. Marjolin dit avec un certain orgueil : nous autres, nous nous appuyons sur des chiffres ; et sur ce, il s'empresse de faire miroiter à nos yeux une série de gros chiffres représentant des malades, des lits, des chambres sans feu, des chambres sans fenêtres, etc. J'avoue, pour ma part, avoir été absolument ébloui par cette pluie de chiffres ; j'ai pu cependant en relever un qui paraît avoir une grande valeur pour mon adversaire et qui, examiné de près, tombe à néant. *Ab uno disce omnes.* M. Marjolin dit que le traitement à domicile

est impossible, parce qu'il existe à Paris 2,000 chambres sans fenêtre, ne prenant air et jour que sur le palier. Supposons que ces 2,000 chambres soient occupées, elles ne renferment pas toutes, à coup sûr, des enfants. Ces enfants ne sont pas tous malades, et ces malades n'ont pas tous des affections chirurgicales; et les quelques individus qui en seront atteints trouveront facilement place dans mon service, où il y a toujours des lits vacants.

Vous voyez, Messieurs, à quel chiffre infime serait réduit par ces diverses considérations ce gros chiffre de 2,000 chambres, qui paraît monstrueux au premier abord et qui cependant, comparé au nombre des habitants de Paris, n'est pas aussi considérable qu'il le paraît.

Je me résume. L'hôpital, tel qu'il est institué, est un lieu dangereux qu'il ne faut employer que pour les cas d'absolue nécessité, et qu'il faut bien se garder de rendre plus dangereux encore par l'admission au-dessous de 2 ans. Le véritable service des malades dits chroniques doit être fait, d'une part, à l'aide du traitement mixte, comme il était institué à l'Enfant-Jésus ; d'autre part, par l'admission de ces enfants dans les hospices extra-muros. La nécessité de deux nouveaux hôpitaux d'enfants dans Paris ne me semble nullement démontrée.

Un mot encore, Messieurs. Je ne défendrai pas une mauvaise cause, cette cause fût-elle la mienne. J'ai l'habitude de dire ce que je pense, et je ne dis rien que je ne pense. J'ai, dans ce débat, cherché à démontrer trois vérités absolues pour moi : le nombre suffisant des lits de chirurgie, l'influence funeste sur les enfants du séjour dans les hôpitaux de Paris, la nécessité de transférer les chroniques à la campagne ; et je me suis efforcé d'appuyer cette démonstration sur des preuves tirées des services de l'Enfant-Jésus. Ces preuves sont tangibles, palpables ; je suis prêt à vous les montrer quand il vous plaira, et je reproche à la commission dont M. Marjolin est le rapporteur d'avoir adopté les conclusions que vous savez, sans s'être édifiée *de visu* à ce sujet.

L'intérêt des enfants malades l'exige ; je vous adjure de suspendre votre décision jusqu'à ce qu'une commission d'enquête ait constaté les faits que j'ai signalés. Ainsi éclairés, vous jugerez avec une parfaite connaissance de cause, et vous refuserez, j'en suis sûr, d'entrer dans une voie funeste où vous regretteriez bientôt de vous être engagés.

M. Guéniot. — Dans la dernière séance, M. Marjolin m'a adressé, au sujet de l'*hospice des Enfants-Assistés*, deux questions auxquelles je désire répondre d'abord, pour m'occuper ensuite d'une manière plus directe des points en litige.

1° « Feu M. Husson, a dit notre collègue, était-il fondé à déclarer qu'il existe dans cet établissement des salles d'isolement pour les enfants atteints de maladies contagieuses ? »

Eh bien, à cet égard, je pourrais, comme certain personnage de la scène, répondre à la fois: *oui* et *non*. Mon service, en effet, comprend, en dehors des nouveau-nés pourvus de nourrices, trois salles qui, à la rigueur, pourraient être affectées à des classes spéciales de malades; mais toutes trois communiquent largement entre elles et sont desservies par un même personnel. De fait, l'isolement y est si peu praticable que, pour préserver de l'ophthalmie purulente les enfants atteints d'affections communes, telles que tumeurs, abcès, plaies, nécroses, etc., il est absolument nécessaire de les tenir sequestrés dans leur lit pendant toute la durée du traitement.

Le service de médecine, il est vrai, se trouve pourvu de plusieurs salles destinées aux malades affectés de rougeole; mais il n'en existe pas pour les enfants atteints de croup, de scarlatine ou de variole. D'ailleurs, de même qu'en chirurgie, toutes les salles sont en communication facile les unes avec les autres, et les personnes préposées au service des malades distribuent leurs soins à tous indifféremment.

M. Husson a donc pu dire avec vérité qu'il existe des salles à destination spéciale; mais il est manifeste que l'isolement possible dans les conditions précitées n'est qu'un isolement factice, illusoire, absolument inefficace, et qu'un isolement réel, vraiment fructueux se trouve être tellement irréalisable, que mon collègue, M. Parrot, et moi avons même renoncé à en tenter l'application.

2° « Les ophthalmies purulentes, naguère encore si fréquentes et si redoutables à l'hospice des Enfants-Assistés, sont-elles actuellement en voie de décroissance ou de progrès ? »

Sur ce point, je suis heureux de répondre à M. Marjolin que, depuis environ un an, il s'est produit une diminution sensible du nombre des ophthalmies. S'agit-il d'une amélioration fortuite qu doive être passagère; ou bien, au contraire, d'une décroissance qui sera durable ? C'est ce que je ne puis dire encore. Toutefois, j'incline à penser qu'avec le temps la décroissance constatée ne fera que s'affirmer davantage; car elle n'est pas due seulement à la diminution notable du chiffre des entrées, mais elle reconnaît aussi pour cause une meilleure entente des soins administrés aux enfants. Il était bien étrange, en effet, que dans un milieu où les ophthalmies graves naissent avec tant de facilité, les règles de la plus stricte hygiène, en ce qui concerne la vue, fussent autrefois si mal appliquées. C'est ce dont je me plaignais ici même, il y a quelques années. Aujourd'hui enfin, les enfants reçoivent moins

de poussière et d'éblouissante lumière dans les yeux ; on veille avec plus de soin à les protéger contre les courants d'air froid ; on a supprimé le pernicieux baquet qui servait au lavage en commun ; et surtout on met plus d'attention à séparer des enfants sains ceux qui offrent les moindres indices de rougeur ou de sécrétion anormale des conjonctives.

Ceci dit, Messieurs, il me reste à vous entretenir brièvement de l'organisation du *dépôt*, ou plutôt du fonctionnement de l'hospice des Enfants-Assistés, dont le dépôt n'est qu'une partie. Mais je me hâte de vous en prévenir, sur ce point je sortirai plus d'une fois des questions principalement débattues. Les détails que j'ai à fournir ne manquent certainement pas d'intérêt, et tous peuvent se rattacher plus ou moins au sujet en litige. Toutefois, ce n'est qu'avec votre assentiment que je veux aborder cette partie de ma communication.

Tout d'abord, il est essentiel de remarquer que l'étude médicale des enfants *en dépôt* ne peut être logiquement séparée de celle des enfants *abandonnés*. Les uns et les autres ne forment en réalité dans l'hospice qu'un seul tout. On a bien voulu à diverses reprises tenter une séparation, c'est-à-dire un dédoublement de l'hospice, afin de traiter à part les *dépôts* et les *abandons*. Mais jusqu'ici ces projets n'ont point abouti, tant il existe de relations obligées entre les deux catégories d'enfants. D'après une mesure, déjà depuis quelque temps appliquée, tous les enfants qui seront ultérieurement abandonnés doivent même figurer d'abord au nombre des dépôts. C'est donc un mouvement continuel qui s'opère des dépôts aux abandons.

Dans l'examen que je vais faire, je ne pourrai pas davantage séparer ce qui appartient en propre à la chirurgie de ce qui relève plus particulièrement de la médecine. En d'autres termes, il s'agit d'un examen d'ensemble, plutôt que d'une étude spéciale et exclusive.

Enfin, pour clore ces préliminaires, j'ajouterai que sur un chiffre de 5 à 6,000 enfants qui, chaque année, passent à l'hospice, il n'en est jamais plus de 250 à 300 qui vivent en même temps dans cet établissement. Le plus grand nombre d'entre eux, après un court séjour, sont envoyés à la campagne. Quant à ceux qui forment la population habituelle de l'hospice, ce sont en grande majorité les enfants placés en dépôt ; l'autre partie comprend les *abandons* malades ou qui attendent l'organisation d'un convoi pour être transportés en province.

Autrefois, cette formation des convois nécessitait un temps trop long, pendant lequel l'encombrement de la maison et la propagation des maladies contagieuses devenaient souvent fatals à plusieurs

des enfants désignés pour le départ. De nos jours, ce grave inconvénient se trouve heureusement presque supprimé, depuis que les départs ont été multipliés selon le besoin et qu'ils ne sont plus subordonnés à l'existence d'un chiffre rigoureux de voyageurs. L'administration, par sa tolérance, et les Directeurs locaux, par le zèle qu'ils ont déployé, ont en cela réalisé une amélioration importante.

J'arrive maintenant à des détails plus topiques. On a parlé ici de la mortalité effrayante des enfants du dépôt. A cet égard, *dépôts* et *abandons* doivent être mis sur le même rang. M. Desprès, qui a la bonté de croire à la statistique, dite *officielle*, des hôpitaux, avance que, sur 100 enfants atteints d'ophthalmie, 38 ont succombé. J'ai déjà répondu, dans la dernière séance, à cette allégation ; mais notre collègue ne paraît pas avoir été suffisamment édifié, car il m'annonçait tout à l'heure l'intention de défendre encore son erreur. Afin de lui épargner cette peine, qu'il me permette de lui rappeler que la statistique à laquelle il a emprunté ses chiffres est celle de l'année 1863. A cette date, si je ne me trompe, c'était M. Dolbeau ou notre regretté collègue Liégeois qui dirigeait le service des Enfants-Assistés. Pour moi, c'est seulement à la fin de 1867 que j'en ai pris la succession, des mains de M. Péan. Me voilà donc fort à l'aise pour parler du sujet. Eh bien, je le répète, les 38 morts de 1863, que mentionne M. Desprès, avaient bien pu être atteints d'ophthalmie purulente ; mais ce que notre collègue n'a pas su trouver, parce que cette bonne statistique n'en dit mot, c'est qu'ils avaient été affectés en même temps d'un mal bien autrement redoutable ; je veux dire : les uns, de faiblesse congénitale, les autres, de cachexie dénutritive, ceux-ci, de syphilis originelle, ceux-là, d'entérite, etc. Telles sont les vraies causes de la mortalité signalée. Faire dériver cette dernière de l'ophthalmie purulente, comme le veut notre collègue, c'est montrer que l'on ignore la question, en même temps que s'égarer à plaisir.

Parmi ces causes trop réelles de mort, laissez-moi vous en citer une encore qui, plus d'une fois, à mes débuts, m'a singulièrement navré. Au nombre des nouveau-nés atteints d'ophthalmie, il s'en trouve dont la vision est parfois gravement compromise ou même complétement perdue. Or, voici la pratique qui était en usage, lorsque je pris la direction du service. Comme alors les nourrices étaient presque toujours en nombre insuffisant, nécessairement plusieurs enfants devaient être allaités au biberon ; et les petits êtres condamnés à ce genre d'alimentation étaient particulièrement choisis parmi les aveugles ou les borgnes. Si d'aventure ces derniers bénéficiaient, pendant quelque temps, du sein d'une nourrice, ils s'en trouvaient bientôt dépossédés par l'arrivée d'autres enfants

moins cruellement affectés qu'eux. C'était frapper ainsi d'une mort certaine tous ces petits déshérités de la lumière ; car l'observation est ici constante dans ses résultats : autant d'enfants allaités au biberon (dans l'hospice), autant de morts[1]. Voilà, soyez-en sûrs, comment plusieurs des 38 enfants de M. Desprès ont succombé ; voilà comment aussi, à défaut d'une rectification de pancarte, ils figurent parmi les décès qui seraient dus à l'ophthalmie purulente. Car, bien entendu, la statistique invoquée par M. Desprès se garde d'enregistrer pareils détails.

Cette question (très-spéciale) élucidée, voyons maintenant quel est le chiffre de la mortalité générale et à quelles causes principales il convient de la rapporter. Cette mortalité, a-t-on dit, est effrayante ; cela est parfaitement exact, et je ne crois pas avoir été l'un des derniers à la signaler. Mais, pour la bien apprécier, encore faut-il être exactement renseigné et connaître le genre de population sur laquelle elle frappe.

En général, Messieurs, il s'agit d'une population des plus misérables, qui fournirait au dehors (si elle n'était charitablement recueillie à l'hospice) une proportion de morts certainement supérieure à toute autre. Ne se compose-t-elle pas, en grande partie, d'enfants faibles de naissance (presque des avortons), de scrofuleux, de syphilitiques et, par-dessus tout, d'enfants gravement atteints dans leur nutrition, véritables victimes d'une alimentation grossière et insuffisante ? Combien de ces malheureux petits êtres ne succombent-ils pas, pour ainsi dire, dès leur entrée, comme si, en vrais moribonds, ils venaient à l'hospice chercher un tombeau, plutôt qu'une guérison devenue désormais impossible ? Le dernier enfant dont j'aie signé le décès peut bien ici servir d'exemple : c'était un garçon âgé de 3 ans qui, à la fois hémiplégique et imbécile, offrait un aspect cachectique des plus prononcés. Il fut pris de varicelle ; les vésicules, au lieu de s'éteindre, se transformèrent en autant d'ulcères, et la mort ne tarda pas à l'emporter. — Mais je ne veux pas insister ; le fait est trop palpable pour n'être pas hors de toute contestation.

Sur le chiffre de 5 à 6,000 enfants (dépôts et abandons) qui, comme je l'ai dit, entrent chaque année à l'hospice, la mortalité a été, pour 1874, de 1 sur 14, et pour 1875, de 1 sur 10. — Exactement, pour les onze premiers mois de 1874 : 355 *morts sur* 4,943 *entrées ;* et pour les onze premiers mois de 1875 : 442 *morts sur* 4,367 *entrées.* — On voit, d'après ces chiffres, que la mortalité

[1] Les causes de cette impuissance absolue du biberon, à l'*hôpital,* sont assez complexes ; je les ai signalées autre part. Il serait hors de propos d'y revenir ici.

a été plus forte en 1875 qu'en 1874, bien que le nombre des entrées ait été cependant sensiblement moindre. Je dirai bientôt à quoi tient cette regrettable différence. Veuillez remarquer, en outre, que cette proportion de mortalité est établie d'après le chiffre des entrées à l'*hospice*, et non d'après celui des entrées aux *infirmeries*. Si je m'abstiens de vous parler de la proportion des décès dans ces dernières, c'est que je ne la connais pas, et que, pour l'établir, il m'eût fallu des loisirs qui m'ont fait défaut.

Recherchons maintenant de quelle manière se répartit la mortalité sur les différents âges. Cette étude me paraît être fort instructive. Au préalable, il importe de savoir comment se trouvent distribués les enfants qui séjournent dans l'hospice. Ils forment trois classes, à savoir :

1° Celle des *nourrissons*, comprenant les enfants de 1 jour à 9 mois, qui sont allaités au sein ou au biberon ;

2° Celle des *sevrés*, comprenant les enfants de 9 mois à 2 ans ;

3° Celle des *divisionnaires* ou enfants âgés de plus de 2 ans, qui se divise en deux sous-classes comprenant : l'une, les enfants de 2 à 5 ans, et l'autre, les enfants de 5 ans et au-dessus. Dans cette classe les filles sont, en outre, séparées des garçons[1].

Or, en prenant pour base la mortalité de 1875 (442 morts pour les onze premiers mois), voici ce que nous trouvons :

I. Enfants	de 1 jour	22 morts.	Nourrissons : 252 morts.
—	de 2 —	18 —	
—	de 3 —	12 —	
—	de 4 —	8 —	
—	de 5 —	4 —	
—	de 5 à 15 jours	114 —	
—	de 15 jours à 1 mois	29 —	
—	de 1 mois à 3 mois	23 —	
—	de 3 mois à 6 mois	11 —	
—	de 6 mois à 9 mois	11 —	
II. Enfants	de 9 mois à 1 an	61 morts.	Sevrés : 131 morts.
—	de 1 an à 2 ans	70 —	
III Enfants	de 2 ans à 3 ans	29 morts.	Divisionnaires : 59 morts[2].
—	de 3 ans à 4 ans	16 —	
—	de 4 ans à 5 ans	9 —	
—	de 5 ans à 6 ans	3 —	
—	de 6 ans et au-dessus	2 —	

[1] Pour ma part, j'approuve cette division, qui est fondée à la fois sur le genre d'alimentation et les soins spéciaux que réclame chaque âge.

[2] Pour donner à ces chiffres une plus grande signification, il serait essentiel de mettre en regard la proportion des entrées, suivant chaque âge. Malheureusement il m'a été impossible d'obtenir ce tableau qui, pour être dressé, exigerait un travail considérable.

On reconnaît immédiatement, à l'inspection de ces tableaux, que la classe des nourrissons est particulièrement frappée, puisqu'à elle seule elle fournit plus de la moitié des morts (252 sur 442). Les causes de cette énorme mortalité sont complexes et peuvent être rangées sous trois chefs : 1° la faiblesse native et les vices de conformation ; 2° les cachexies dénutritive, syphilitique et scrofuleuse ; 3° l'insuffisance du nombre et de la qualité des nourrices. Pour remédier à cette insuffisance et procurer aux suspects de syphilis un aliment autre que le biberon, on a tenté dans ces derniers temps l'usage des chèvres-nourrices. Mais l'expérience, mal établie, a donné des résultats déplorables, et l'on a dû renoncer bien vite à cette ressource illusoire.

A propos de la cachexie dénutritive (affection que mon collègue, M. Parrot, désigne sous le nom d'atrepsie), vous remarquerez combien est élevé le nombre des morts dans la section des enfants âgés de 5 jours à 15 jours. Ce nombre est de 114 ! A vrai dire, telle est la source principale de l'excédant de mortalité que nous avons indiqué pour l'année 1875. Ces décès, hors de toute proportion pour une période de 10 jours (enfants de 5 à 15 jours), reconnaissent une cause et dépendent de circonstances qui méritent de vous être signalées. La cause, c'est la dénutrition ou l'atrepsie. Quant aux circonstances, voici en quoi elles consistent.

Jusqu'à ces derniers temps, les nouveau-nés étaient reçus à l'hospice des mains de quiconque s'était chargé de les y apporter. Mais l'administration crut s'apercevoir que cette facilité des réceptions était souvent exploitée près des mères par des porteuses sans scrupule. En conséquence, dès le mois de mars dernier, il fut établi que les mères seules ou, à leur défaut, les commissaires de police seraient admis à présenter les enfants à la réception. Et depuis lors, en fait, le nombre des entrées a considérablement diminué. C'est même là ce qui explique comment le chiffre des *entrées*, en 1875, est notablement inférieur à celui de 1874. L'administration avait donc vu juste, et la mesure qu'elle a édictée est devenue promptement efficace. Que dis-je ? *promptement efficace ;* tel n'est pas assurément le terme exact ; car, si les entrées à l'hospice ont sensiblement diminué, le nombre des morts, par contre, s'est considérablement accru. Et cela, précisément à cause de la nouvelle mesure qui règle les présentations.

En effet, la plupart des enfants, au lieu d'être abandonnés, comme par le passé, dès les premiers jours de leur naissance, ne sont plus apportés que le 6[e], le 9[e] ou le 15[e] jour, c'est-à-dire quand les mères se trouvent assez rétablies pour faire elles-mêmes le trajet de l'hospice et que leurs enfants ont souffert jusqu'à présenter par-

fois l'aspect de véritables moribonds[1]. Ainsi se révèlent, pour l'administration, des difficultés qui, pour être inattendues, n'en sont pas moins d'une haute gravité.

Si, du tableau des nourrissons, l'on passe à celui des *sevrés*, on constate ici encore une mortalité considérable, mortalité que l'on peut attribuer : 1° à l'influence de locaux détestables ; 2° à l'insuffisance numérique du personnel d'assistance ; 3° enfin, aux prédispositions morbides de l'âge.

Relativement aux locaux, il me suffira de dire qu'en dehors de leur mauvaise exposition, les chambres qui recèlent 16, 18 et jusqu'à 22 ou même 27 enfants, ne sont propres en réalité qu'à en recevoir 6 ou 8. Je sais que des améliorations importantes vont être proposées. Comme il s'agit d'une chose vraiment urgente, espérons que ces projets seront enfin réalisés.

Quant au personnel, n'est-il pas évident qu'une fille de service ne peut suffire aux soins incessants que réclament 4 ou 5 et quelquefois 6 ou 7 enfants de l'âge en question ? Vainement, les religieuses et les infirmières se multiplient et s'épuisent à prodiguer des secours de toutes sortes à ces petits êtres ; il est une limite que les forces humaines ne peuvent pas dépasser. Une amélioration des plus nécessaires consisterait donc à augmenter le chiffre du personnel. J'estime que, pour 2 enfants ou pour 3 au plus, 1 fille de service serait absolument indispensable.

Parmi les enfants du troisième tableau, ceux de 2 à 5 ans payent encore un assez large tribut à la mort, ce qui est dû à la faiblesse de l'âge et à ses prédispositions morbides (rougeole et complications, scarlatine, croup, affections thoraciques et abdominales, etc.). Mais la mortalité s'arrête, pour ainsi dire, devant la catégorie des enfants de 5 ans et au-dessus. Bien plus, il est un fait sur lequel je dois insister ici : c'est que ces mêmes enfants, loin de subir, comme ceux d'un âge inférieur, des influences fâcheuses de leur séjour à l'hospice, retirent, au contraire, de cette vie de bien-être un profit généralement des plus marqués. Ainsi, tel enfant qui, à son entrée, offrait un aspect misérable, des membres amaigris, un visage pâle et ridé, a repris en moins de quelques semaines de la vigueur et de l'embonpoint, en même temps qu'une vraie mine de prospérité. Cette transformation se comprend. Pour les enfants déjà grands, l'hospice est un milieu bien supérieur, comme hygiène, à celui qu'ils ont quitté, et l'alimentation y est aussi incomparablement plus saine et plus abondante que celle qu'ils trouvaient chez leurs parents.

[1] Cette remarque a été judicieusement faite par M. Lafabrégue, directeur de l'hospice et administrateur aussi distingué qu'il est ardent à la recherche des innovations utiles.

En résumé, il résulte des détails qui précèdent :

1° Que la mortalité, très-inégalement répartie dans les divers groupes d'enfants, frappe en général avec d'autant plus d'énergie que l'âge est moins avancé ; c'est-à-dire que le nombre des morts décroît d'une classe à l'autre à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la naissance ;

2° Que le chiffre de 114, qui représente les décès des enfants âgés de 6 jours à 15 jours, indique l'existence d'une cause tout exceptionnelle de mortalité, cause que nous avons signalée et qui mérite d'attirer à nouveau l'attention de l'administration ;

3° Que les principales améliorations à introduire d'urgence à l'hospice consisteraient : *a*) à augmenter le nombre des nourrices ; *b*) à rétablir sur des bases propres à en assurer le succès l'usage des chèvres-nourrices ; *c*) à modifier et à agrandir les locaux destinés aux enfants dits *sevrés ; d*) à augmenter notablement le nombre des filles de service, et proportionnellement celui des religieuses ; *e*) enfin, à établir des salles qui permettent de pratiquer un isolement réel des enfants atteints d'affections contagieuses.

Sur le sujet spécialement en discussion et qui a, jusqu'ici, surtout occupé nos collègues, je serai bref, me bornant à quelques simples remarques.

Je constate d'abord que l'accord est général sur la nécessité d'augmenter dans les hôpitaux les lits de nourrices. Sur ce point, je ne puis que joindre mon opinion à celle qui a été exprimée ici unanimement. Pendant que j'étais chirurgien du Bureau central, j'ai été plus d'une fois affligé de voir de malheureuses mères ne sachant que devenir avec leurs enfants malades. Dans la saison d'hiver particulièrement, le petit nombre de lits affectés aux mères nourrices se trouve bien vite occupé, et l'on assiste au spectacle navrant de femmes malheureuses, qui ne peuvent trouver aucun secours hospitalier. Le seul remède à ces misères consiste évidemment à créer, pour les mères qui allaitent, des lits affectés spécialement à les recevoir, elles et leurs enfants.

Si l'accord règne sur ce point important, il n'en est plus ainsi sur la façon dont il conviendrait d'étendre et d'administrer les secours aux enfants malades. Pour les uns, c'est exclusivement le traitement à domicile qu'il faudrait développer ; tandis que pour les autres, tout en pratiquant le possible dans cette direction, il s'agirait en même temps de multiplier sur une large échelle les services hospitaliers. Au milieu de cette divergence, laissez-moi relever une note commune : c'est que, de part et d'autre, on reconnaît plus ou moins explicitement la nécessité de donner aux secours une extension qu'ils n'ont pas encore reçue. Maintenant, sur le fond

du débat, je n'hésite pas à me ranger à l'avis de la commission.

Quelles sont, en effet, les principales raisons que MM. de Saint-Germain et Desprès opposent à la multiplication des services hospitaliers ? Elles peuvent être résumées en quelques mots : 1° *l'hôpital est un lieu malsain et dangereux ;* 2° *le traitement d'une affection chirurgicale n'est jamais exécuté avec plus de soins que par une mère ;* 3° *bon nombre de femmes refusent obstinément de confier aux hôpitaux leurs enfants malades ;* 4° *enfin, à l'hôpital de la rue de Sèvres, les lits sont en nombre plus que suffisant pour recevoir tous les enfants que les mères consentent à y laisser.*

Eh bien, Messieurs, prenons acte de l'aveu de nos collègues. L'hôpital, disent-ils, est un lieu défectueux pour le traitement des maladies de l'enfance ; beaucoup de mères ont horreur de ces asiles qui, trop souvent, deviennent le tombeau de leur progéniture ; c'est à ce point que le service chirurgical de la rue de Sèvres trouve grand'peine à se recruter. Qu'est-ce à dire, je vous le demande, si cet état de choses ne démontre pas, jusqu'à l'évidence, que le régime hospitalier, tel qu'il se pratique à Paris, a grand besoin d'être amélioré ? Pourquoi les mères ne veulent-elles pas de l'hôpital pour leurs enfants ? M. Marjolin a cependant parfaitement prouvé que, pour un nombre considérable de ces enfants, le traitement à domicile est chose non-seulement difficile et illusoire, mais réellement impossible. C'est que, trop souvent, l'hôpital devient le tombeau des petits malades qu'on lui confie. M. de Saint-Germain ne nous disait-il pas à l'instant que, dans une seule année, 7 enfants de son service avaient succombé à la contagion du croup, alors que l'affection qui les avait conduits à l'hôpital était relativement légère ? Pourquoi donc tant de désastres et de morts, si ce n'est à cause des mauvaises conditions du séjour hospitalier ? Sur ce point, nous voilà donc en parfaite communauté d'opinion.

Or, quel remède vraiment efficace peut-on opposer à cet enchaînement de maux ? A mon avis, il en est un seul : ce serait une amélioration profonde du régime hospitalier ; et, pour la réaliser, la création de nouveaux hôpitaux — non sur le modèle des anciens, mais d'après les données d'une sévère hygiène — me paraît être chose absolument indispensable. En effet, c'est avec de nouveaux hôpitaux seulement qu'il sera possible d'alléger les anciens et de supprimer les effets pernicieux de l'encombrement ; c'est avec de nouveaux hôpitaux seulement que l'on pourra pratiquer l'isolement vrai des maladies contagieuses et fonder des salles dites de rechange, que tout le monde reconnaît être si nécessaires ; enfin, c'est avec de nouveaux hôpitaux seulement que, grâce à une hygiène sévèrement appliquée, on parviendra à diminuer dans de fortes proportions le chiffre de la mortalité.

Et alors, comme conséquence obligée de ce progrès, les mères cesseront de montrer cette répulsion pour l'hôpital, que tous nous avons constatée et souvent approuvée ; et notre collègue, M. de Saint-Germain, pourra sans peine augmenter le mouvement de son service ; et finalement, bon nombre d'enfants que la mort eût enlevés à domicile, faute des soins requis pour leur guérison, trouveront dans le séjour hospitalier un rétablissement durable. Car est-il exact de dire, avec nos contradicteurs, que les mères seules sont vraiment aptes à bien soigner leurs enfants ? Sans nul doute, il en est parmi elles qui répondraient fidèlement au tableau élogieux qu'en a tracé M. Desprès. Mais peut-on contester qu'il en est aussi de médiocrement douées pour l'objet qui nous occupe ? et même que bon nombre d'entre elles, soit en raison de leur dénuement, soit pour toute autre cause, seraient dans l'impossibilité complète de suffire aux exigences d'un traitement à domicile ?

Sans donc insister davantage, je conclurai en disant, avec notre zélé rapporteur, qu'il serait nécessaire :

1° D'augmenter le nombre des lits de nourrices dans les hôpitaux :

2° D'établir pour les enfants *sevrés*, âgés de moins de 2 ans, des services spéciaux qui permettent de leur procurer, quand ils sont malades, le bénéfice de l'assistance hospitalière ;

3° Enfin, d'améliorer fondamentalement l'hygiène des hôpitaux d'enfants et, pour cela faire, en créer de nouveaux qui allégent les anciens et rendent possible l'ouverture de salles d'isolement et de rechange.

Renouvellement du bureau.

Sont nommés au scrutin pour l'année 1876 :

Président : M. Houel.
Vice-président : M. Panas.
1er secrétaire : M. Paulet.
2e secrétaire : M. Cruveilhier.

La Société renomme par acclamation M. Terrier, archiviste, et M. Nicaise, trésorier.

Nomination de membres correspondants nationaux.

Le résultat du scrutin est le suivant : sur 29 votants,

M. Chauvel obtient 28 voix.
M. Pravaz — 27 —
M. Boissarie — 27 —
M. Surmay — 25

En conséquence, MM. Chauvel, Pravaz, Boissarie et Surmay sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

Rapports sur les prix Laborie et Duval.

M. Terrier donne lecture de son rapport sur le prix Laborie.

Messieurs,

Nous n'avons reçu qu'un mémoire pour le prix Laborie qui, cette année, avait pour objet d'établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne.

Je vais vous donner une analyse aussi exacte que possible de ce travail.

Après un aperçu historique sur l'uréthrotomie interne, l'auteur rappelle les conclusions du dernier mémoire de M. Maurice Perrin sur ce sujet, conclusions favorables, on le sait, à cette méthode thérapeutique; mais comme ce travail date déjà de 10 années, l'auteur a cru devoir se demander si les opinions de notre honorable collègue doivent être modifiées par les faits observés depuis. L'uréthrotomie interne est-elle une opération grave? Telle est la première question que se pose l'auteur du mémoire présenté. S'appuyant sur une statistique de 240 opérations pratiquées soit à l'hôpital, soit en ville (10) par le Dr Guyon, opérations qui n'ont donné que 8 insuccès, et analysant ces insuccès, l'auteur arrive à une statistique de 7 décès seulement, l'un d'eux résultant d'une opération faite par un interne dans des circonstances où elle était contre-indiquée.

L'uréthrotomie interne fournit, en résumé, une mortalité moindre de 3 0/0; c'est donc une opération peu grave, qui n'est qu'exceptionnellement responsable des insuccès obtenus, car sur les 8 insuccès signalés plus haut, 2 seulement peuvent être absolument attribués à l'intervention du chirurgien.

Cette question résolue, l'auteur examine quels sont les accidents qui peuvent résulter de l'uréthrotomie interne. Il passe en revue la douleur, les hémorrhagies, l'uréthrite, les accidents fébriles, l'infiltration urineuse, la cystite, la néphrite, enfin l'infection purulente.

La douleur est peu intense, tout au plus peut-elle être vive lors de la première miction, fait signalé par Civiale et Reliquet, et qui, au dire de l'auteur, serait exceptionnel.

Les hémorrhagies sont très-rares depuis l'emploi des nouveaux procédés : une fois seulement, au 4e jour, il y eut une légère hémorrhagie, attribuable d'ailleurs au miasme paludéen, car l'opéré

avait les fièvres intermittentes à la suite d'un séjour en Algérie.

L'uréthrite n'est pas, à proprement parler, un accident, elle résulte de la dilatation même, et si deux malades ont eu un peu d'orchite à la suite du cathétérisme, cela ne peut être mis sur le compte de l'opérateur.

Dans 32 cas seulement l'auteur a fait le relevé des températures, et 3 fois il y eut des accès fébriles intenses, 3 fois des accès moyens, enfin, 4 fois une élévation de température sans fièvre ni frisson. L'auteur en conclut que les phénomènes fébriles qui suivent l'opération ne sont pas plus fréquents que ceux qui apparaissent après un simple cathétérisme. A cet égard, nous croyons qu'il eût fallu faire une statistique plus complète et, jusqu'à preuve du contraire, il nous paraît probable que 32 cathétérismes ne donneront pas 10 accès fébriles. Quoi qu'il en soit, il est certain, d'après les faits observés, que l'opération n'est pas extrêmement aggravée par l'apparition de ces phénomènes fébriles, en général très-modérés.

Ces accès, au dire de l'auteur, ne se montrent guère que le 3e jour et lorsqu'on retire la sonde à demeure, ce qui, pour certains chirurgiens, plaiderait en faveur de l'absorption urineuse par la plaie faite dans le canal.

Une question assez intéressante est l'influence que l'opération peut exercer sur l'état fébrile préexistant. C'est ainsi que dans un cas, où l'on a pratiqué l'opération sur un sujet dont la température s'élevait à 41°, le lendemain celle-ci n'était plus qu'à 37°,8. Dans un 2e cas, où la dilatation était suivie de frissons intenses, l'uréthrotomie ne donna lieu à aucun accident fébrile. Il était donc intéressant de dire que dans certaines circonstances l'opération, loin de faire monter la température, tend à améliorer l'état général et à faire baisser le thermomètre.

L'infiltration d'urine, les abcès urineux, sont des complications très-rares, qu'on n'observe presque jamais depuis l'utilisation des nouveaux procédés opératoires.

La cystite, la néphrite n'ont pas succédé à l'uréthrotomie dans les cas mortels où on les a constatées; c'est qu'elles existaient avant l'intervention chirurgicale; telle est au moins l'opinion que défend l'auteur du mémoire que nous analysons.

Quant à l'infection purulente, le seul cas où cette terrible complication se soit manifestée peut parfaitement s'expliquer, en ce sens que le sujet opéré se trouvait au milieu de blessés graves, dont la majeure partie succombait aux atteintes de la pyohémie. C'est donc là une question de milieu nosocomial, qu'il serait facile d'éviter dans bien des circonstances.

Quels sont les résultats fournis par l'uréthrotomie interne? Telle est la question que nous avons à examiner maintenant.

Renouvelant une expérience déjà faite, l'auteur prouve que dans cette opération, le rétrécissement uréthral seul est incisé; il donne même une figure représentant la forme et les dimensions de cette incision. L'urèthre ainsi sectionné devient perméable, c'est évident, et cette perméabilité retentit jusque sur les fonctions vésicales. Y a-t-il de l'atonie? Elle disparaît. La vessie est-elle hypertrophiée? Cette hypertrophie tendrait aussi à disparaître, nous affirme l'auteur, sans d'ailleurs en donner de preuves. Enfin y a-t-il cystite? La dilatation obtenue par la section uréthrale permet de traiter l'inflammation vésicale avec succès.

Du reste, les modifications heureuses qui suivent l'opération ne s'arrêtent pas là, et les accidents rénaux dus à la stagnation de l'urine disparaîtraient aussi.

Nous croyons qu'il faut apporter quelques correctifs à ces merveilleux effets, et si les accidents du côté de la vessie et des reins subissent quelques modifications, c'est que leur progression est arrêtée. Les lésions persistent trop souvent, croyons-nous, mais elles deviennent plus supportables et ne déterminent plus d'accidents graves, compromettant directement la vie des malades.

Une question intéressante était l'étude des modifications subies par l'urine à la suite de l'uréthrotomie; malheureusement l'auteur n'a cru devoir y consacrer que quelques lignes, ne s'appuyant que sur deux observations (I et III). Il eût été très-important, croyons-nous, de savoir exactement dans quelles conditions se faisait l'élimination de l'urée, et quelles étaient les réactions de l'urine dans la plupart des autres observations. C'est là une lacune regrettable, que nous croyons devoir vous signaler.

Examinant les divers cas où l'on peut hésiter à pratiquer l'uréthrotomie, l'auteur revient sur la fièvre urineuse, qui ne la contre-indique pas, assure-t-il, en se basant sur les 2 faits déjà relatés par nous. Lors de rétention d'urine complète, l'opération est indiquée pour Dolbeau; y a-t-il rétention incomplète et altération des urines? il faut encore opérer; enfin le rétrécissement est-il mal supporté, y a-t-il des complications imminentes? on doit encore intervenir. L'auteur cite toujours une même observation à l'appui de son dire (obs. I). L'infiltration d'urine réclame tout d'abord les incisions classiques, puis, assez longtemps après (3 semaines environ), on doit traiter le rétrécissement, dilater si c'est possible, ou bien faire l'uréthrotomie interne s'il survient des accidents fébriles,

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (1839, 1-6) *Le Gérant :* G. MASSON.

accidents fréquents lorsque le rétrécissement est ancien et rebelle. L'auteur ajoute, à l'appui de cette pratique, 3 nouveaux cas aux 2 relatés par Martin dans sa thèse inaugurale. Les abcès urineux doivent être traités de la même façon. Quant aux fistules urinaires, comme elles sont très-rarement guéries par la dilatation simple, que celle-ci *ne peut se faire*, affirme l'auteur, *sans accidents*, on doit avoir recours à l'uréthrotomie. Cette proposition, appuyée sur 5 cas, dont 4 tirés des thèses de Reverdin et Martin, nous paraît quelque peu absolue, et nous avons par devers nous des observations où des fistules urinaires, même multiples, qui ont été guéries par la dilatation. D'ailleurs, comme le confesse l'auteur lui-même, l'uréthrotomie ne guérit pas fatalement les fistules, et lorsqu'elles sont anciennes, que leur trajet est organisé, recouvert d'épithélium, comme cela a été bien démontré, elles sont singulièrement rebelles aux moyens thérapeutiques.

Quels sont les résultats éloignés fournis par l'uréthrotomie interne ? Tel est l'intitulé du chapitre véritablement intéressant du travail qui vous est soumis.

Tous les chirurgiens savent combien est difficile la constatation réelle des résultats fournis par un mode opératoire, et en particulier à la suite des diverses méthodes utilisées contre les rétrécissements de l'urèthre.

Dans les recherches entreprises à ce sujet par l'auteur du mémoire que j'analyse, 19 malades opérés d'uréthrotomie interne ont été revus au bout de 1 an, 3 ans, voire même 5 et 15 ans. Dans tous les cas, lorsque les malades se sont régulièrement ou même assez irrégulièrement sondés, l'état du canal s'est maintenu et la mixtion s'exécute presque normalement. En d'autres termes, les opérés peuvent être regardés comme définitivement guéris.

D'un autre côté, si les opérés ne se sont pas sondés, la récidive a lieu promptement, et les malades reviennent à l'hôpital, où ils sont dilatés très-vite, grâce à l'opération pratiquée précédemment. L'auteur cite deux faits seulement à l'appui de son dire; il ajoute, du reste, que dans quelques cas une nouvelle uréthrotomie est nécessaire, et en rapporte quatre observations.

En résumé, 19 malades revus, sur 240 opérés, nous semblent un chiffre assez restreint, duquel il est difficile de déduire des conclusions irréfutables. Donc, comme tout le monde, l'auteur vante les résultats de l'opération, lorsqu'elle est suivie d'une dilatation méthodique assez prolongée faite par les malades; dans le cas contraire, on observe des récidives, ce qui est classique aujourd'hui; on n'en est heureusement plus à la guérison radicale et instantanée des rétrécissements du canal de l'urèthre.

Un dernier chapitre, qui nous paraît quelque peu en dehors de

la question, a trait au manuel opératoire de l'uréthrotomie interne et aux soins qu'elle réclame.

L'auteur s'est inspiré de la pratique de son maître, le Dr F. Guyon ; c'est vous dire que les préceptes qu'il formule sont tous très-judicieux, que les détails opératoires sont très-soignés, en un mot que cette partie, malheureusement accessoire, offre un grand intérêt pratique.

Il conseille l'emploi de l'instrument de Maisonneuve, l'incision sur la paroi supérieure de l'urèthre, l'usage ordinaire de la lame de 7mm1/2 (no 23 de la filière Charrière).

On doit examiner avec grand soin le malade, traiter la néphrite, si cette complication n'est pas sous l'influence immédiate du rétrécissement, opérer vite dans le cas contraire.

Les explorations méthodiques avec les bougies fines et à boule sont préconisées avec raison par l'auteur. Toujours, ou presque toujours, il faut tenter la dilatation, quitte à recourir à l'uréthrotomie, s'il survient des accidents ou si la dilatation est insuffisante.

Parmi les précautions à utiliser avant l'opération, on peut citer l'emploi des diurétiques, des purgatifs, du sulfate de quinine, le repos, l'application de cataplasmes sur le ventre et le périnée.

Les quelques modifications proposées à l'opération classique sont toutes dues à M. Guyon ; nous ne ferons que les signaler : c'est l'emploi d'une tige en baleine, qui se place entre la bougie et le conducteur de l'uréthrotomie ; c'est l'usage d'une petite sonde plutôt que d'une sonde volumineuse, destinée à éviter l'infiltration d'urine et qu'on laisse à demeure vingt-quatre heures. Ce n'est que quinze jours après qu'on commence à dilater en utilisant d'abord de petites bougies, pour arriver aux nos 18, 19 ou 20, très-suffisants pour que le malade puisse se sonder facilement. Enfin, voici les conclusions de l'auteur :

I. L'uréthrotomie interne n'est pas une opération grave, elle s'est, au contraire, comportée avec une bénignité surprenante dans les cas nombreux sur lesquels est basé ce travail.

II. L'uréthrotomie interne est appelée à jouer un grand rôle dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre. Elle devient, dans plusieurs circonstances, une véritable opération d'urgence, et remplace avantageusement la dilatation quand celle-ci est reconnue impuissante ou dangereuse.

III. L'uréthrotomie interne doit être pratiquée suivant des règles précises ; à ce prix seulement, elle peut donner de bons résultats.

IV. L'uréthrotomie interne n'a pas la prétention de donner une guérison radicale, mais seulement, et c'est beaucoup, de mettre les malades en mesure d'entretenir et de développer par le cathétérisme le degré de dilatation qu'elle leur a procuré.

V. L'uréthrotomie interne permet d'obtenir ces résultats dans des cas difficiles où d'autres méthodes ont échoué ou ne peuvent être employées.

Étant posée la question : établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne, le mémoire que je viens d'analyser n'est certainement pas parfait.

L'auteur, en effet, aurait dû donner plus de détails sur les indications de l'opération, et surtout comparer les résultats qu'elle fournit à ceux qu'on obtient à l'aide des autres procédés opératoires. S'inspirant exclusivement de la pratique excellente de son maître, l'auteur s'est borné, en fait, à démontrer quelques propositions déjà connues, en s'appuyant, il est vrai, sur un nombre assez imposant d'observations. Pour lui, comme pour bien d'autres, l'uréthrotomie est une opération bénigne, et les résultats qu'elle fournit, soit immédiats, soit consécutifs, sont bons. Remarquons toutefois que cette dernière proposition ne s'appuie que sur un nombre restreint d'observations (19).

Quoi qu'il en soit, MM. les membres de la Commission vous proposent d'accorder le prix Laborie à l'auteur du mémoire que je vous ai analysé.

2° M. Nicaise donne lecture de son rapport sur le prix Duval.

Messieurs,

La Commission du prix Duval, composée de MM. Boinet, Houel, Larrey, Marjolin et Nicaise, m'a chargé de vous donner lecture du rapport qu'elle a l'honneur de vous soumettre.

Le prix Duval est destiné à récompenser une thèse de chirurgie, soutenue par un interne des hôpitaux civils et militaires de France. L'année dernière, les mémoires adressés à la Société étaient nombreux ; nous avons le regret de constater que cette année il n'en est pas de même. La Société n'a reçu qu'un seul travail, la thèse de M. Édouard Martin (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris. Elle a pour titre : *Étude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre.*

Ce travail, du reste, mérite d'attirer l'attention. Il a déjà reçu, en 1874, le prix Civiale.

La thèse de M. Martin est divisée en trois parties distinctes les unes des autres.

Dans la première, il étudie le traitement des rétrécissements infranchissables ou difficiles à franchir ; dans la deuxième, le traitement des rétrécissements compliqués d'infiltration urineuse ou d'abcès urineux ; dans la troisième, enfin, il s'agit du traitement des rétrécissements compliqués de fistules urinaires.

Ce travail, comme l'indique son titre, est surtout clinique et il s'appuie exclusivement sur des faits observés à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

La première partie est celle qui présente le plus de développements.

M. Martin désigne sous le nom de rétrécissements infranchissables ceux à travers lesquels il est impossible, après quelques manœuvres, de faire pénétrer un instrument jusque dans la vessie. Parmi ces rétrécissements, il faut distinguer les cas dans lesquels il n'existe pas de complications nécessitant une intervention immédiate et ceux où il existe quelques complications de cette nature.

L'auteur étudie surtout les premiers. Dans le traitement de ceux ci il recommande avant tout d'essayer de faire pénétrer la bougie par les moyens de douceur, réservant les méthodes de violence pour les cas qui exigent une intervention prompte.

M. Martin examine ensuite les principaux instruments employés pour franchir les rétrécissements; il rejette les instruments rigides et recommande particulièrement les bougies en cire, les bougies fines, qui ont été récemment perfectionnées par les fabricants, et les bougies courbées, à extrémité collodionnée. Il ne fait qu'indiquer les bougies avec une tige de plomb, qui, dans certains cas, rendent d'utiles services.

L'instrument choisi, l'auteur passe au traitement préliminaire à l'introduction de la bougie, et il s'arrête surtout sur l'emploi des bougies de cire des n°s 10 à 15 de la filière Charrière, que l'on maintient à la partie antérieure du rétrécissement, suivant la pratique de Dupuytren et Velpeau. Ces bougies agiraient surtout par une action mécanique, en déprimant le canal en avant du rétrécissement et facilitant ainsi l'introduction de la bougie.

Les injections d'huile sont aussi quelquefois un adjuvant utile.

Les règles de l'introduction de la bougie filiforme sont bien exposées. Ce sont celles données autrefois par Velpeau, lesquelles s'appliquent principalement aux bougies en gomme. L'auteur, comme je l'ai déjà fait remarquer, se montre peu partisan de l'instrument rigide, même des bougies en baleine. Il ne croit pas qu'il soit utile de trop prolonger les séances, et dit qu'il ne faut pas les faire durer plus d'un quart d'heure, une demi-heure. M. Martin n'est pas assez partisan d'un procédé recommandé par M. Voillemier et qui trouve quelquefois son application, procédé qui consiste à faire uriner le malade au moment du cathétérisme.

Quand la bougie a pénétré dans le rétrécissement et qu'elle y est serrée et arrêtée, il ne faut pas employer la force pour la faire avancer, mais plutôt la laisser quelque temps en place, puis la re-

tirer, et recommencer un autre jour en employant d'abord la bougie de cire.

Si la bougie pénètre jusque dans la vessie, il faut la laisser à demeure pendant un ou plusieurs jours, puis continuer le traitemen par la dilatation, la divulsion ou l'uréthrotomie interne. Dans toutes les observations rapportées par M. Martin, c'est l'uréthrotomie interne qui a été pratiquée.

L'auteur dit ensuite quelques mots sur la rétention d'urine compliquant les rétrécissements, et fait remarquer avec raison qu'elle est beaucoup plus rare dans ce cas qu'à la suite de l'hypertrophie de la prostate.

Contre la rétention il propose la ponction vésicale et l'uréthrotomie externe sans conducteur, qui est, dit-il, le mode de traitement le plus employé aujourd'hui.

L'indication de la ponction capillaire de la vessie devait trouver place ici, et l'auteur n'en parle pas.

Dans la seconde partie, qui traite de l'infiltration urineuse et des abcès urineux comme complication des rétrécissements, les règles posées par l'auteur sont aussi très-sages et représentent bien l'opinion de la plupart des chirurgiens de notre époque.

Dans l'infiltration aiguë, il faut donner issue aux liquides le plus tôt possible, et pratiquer l'incision périnéale médiane proposée par Flaubert et Caron (1868) et sur l'importance de laquelle M. Guyon insiste beaucoup.

Après l'incision, l'auteur s'oppose à ce que l'on introduise immédiatement une sonde dans le canal : on laissera l'urine s'écouler par la plaie, puis on placera une bougie à demeure, longtemps après l'incision, pour traiter ensuite le rétrécissement par une des methodes ordinaires.

L'abcès urineux sera incisé de bonne heure aussi, même avant l'existence de la fluctuation. Certaines tumeurs urineuses, sortes de phlegmons chimiques par infiltration, peuvent guérir cependant par la dilatation simple, ainsi que l'a indiqué Boyer.

La troisième partie est plus vague, plus difficile d'ailleurs à étudier, à cause de la diversité des faits.

M. Martin divise les fistules périnéo-scrotales compliquant les rétrécissements en trois groupes :

1° Les fistules qui guérissent par simple rétablissement du calibre du canal. L'uréthrotomie seule pourrait amener ce résultat, sans être suivi de la dilatation, tandis que cette dernière, employée seule, n'aurait pas la même valeur.

Nous ne pouvons partager ici l'opinion de l'auteur : exceptionnellement l'uréthrotomie seule pourra amener le rétablissement du calibre du canal ; mais dans la majorité des cas, la dilatation devra

suivre la section du rétrécissement. J'ajouterai qu'il est des observations où la dilatation seule a suffi pour amener la guérison des fistules.

2° Dans le second groupe, l'auteur range les fistules avec induration et dont la guérison ne peut être obtenue qu'en détournant l'urine de sa voie accidentelle. Selon les cas on emploiera la sonde à demeure ou le cathétérisme répété. M. Panas a insisté sur l'emploi de la sonde à demeure, combinée avec le siphon vésical, et l'on obtient par ce procédé de bons résultats.

3° Le troisième groupe comprend les fistules compliquées d'indurations considérables. Les indications ici sont confuses ; trois opérations ont été proposées selon les cas : l'incision simple des trajets jusqu'au canal, l'uréthrotomie externe et l'excision, sur laquelle M. Voillemier a insisté dans un article publié, en 1874, sur l'excision d'une partie du périnée.

Par cette longue analyse, vous pourrez juger du travail de M. Martin. Il est basé sur des faits bien observés, recueillis dans un même service d'hôpital. Si le travail renferme peu de points nouveaux, il présente un groupement bien coordonné des diverses questions relatives aux complications des rétrécissements de l'urèthre et donne le plus souvent des conclusions excellentes. Aussi la Commission est-elle d'avis, à l'unanimité, d'accorder le prix Duval à M. Martin.

A 5 heures 1/2, la Société se forme en comité secret pour discuter ces deux rapports.

Le secrétaire annuel,

M. Sée.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME PREMIER

DES

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

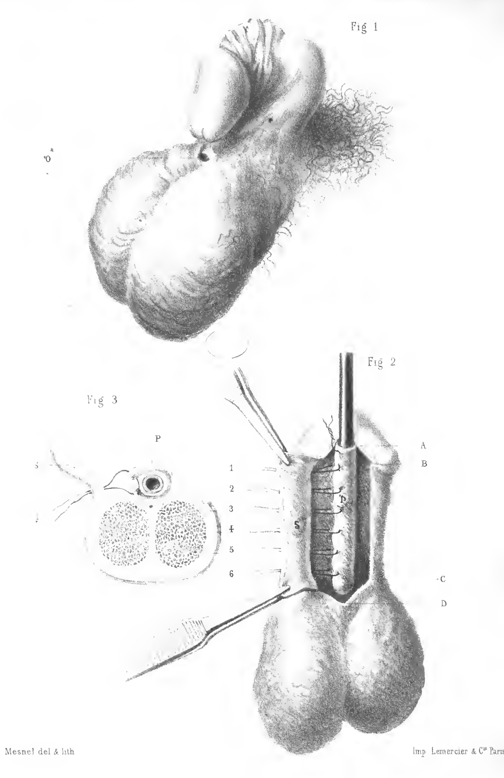
TABLE DES AUTEURS.

V

Z

PARIS. — Imp. Paul DUPONT, rue J.-J.-Rousseau, 41. (136, 1-6.) *Le Gérant* : G. MASSON.

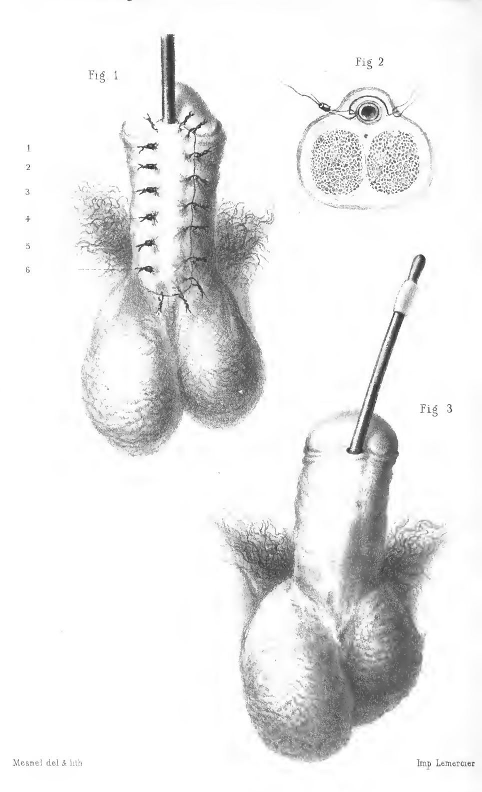




Mesnel del & lith

Imp Lemercier & Cie Paris

Hypospalias
Methroplastie par Mr Th Anger



Hypospalias
Methroplastie par Mr Th Anger